

University of Groningen

Jongeren in de jeugdzorg en risicofactoren van zwerfgedrag. Een onderzoek naar de bijdrage van risicofactoren van zwerfgedrag op de duur van zorggebruik bij jongeren in de jeugdzorg.

Jonker, Sanne

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2012

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Jonker, S. (2012). *Jongeren in de jeugdzorg en risicofactoren van zwerfgedrag. Een onderzoek naar de bijdrage van risicofactoren van zwerfgedrag op de duur van zorggebruik bij jongeren in de jeugdzorg.* s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



RuG

Wetenschapswinkels



Jongeren in de jeugdzorg en risicofactoren van zwerfgedrag

Een onderzoek naar de bijdrage van risicofactoren van zwerfgedrag op de duur van zorggebruik bij jongeren in de jeugdzorg.

Rijksuniversiteit Groningen
Faculteit der Gedrag- en Maatschappijwetenschappen
Vakgroep Sociologie

Wetenschapswinkel
Geneeskunde & Volksgezondheid
Universitair Medisch Centrum Groningen

Eerste begeleider: Dr. J. Tuinstra
Referent: Dr. D.E.M.C. Jansen

Sanne Jonker, S1712594
Mei, 2012

Colofon

Vraagnummer:	GV9/2011/C
Titel:	Jongeren in de jeugdzorg en risicofactoren van zwerfgedrag. Een onderzoek naar de bijdrage van risicofactoren van zwerfgedrag op de duur van zorggebruik bij jongeren in de jeugdzorg.
Auteur:	Sanne Jonker
Begeleider:	Dr. J. Tuinstra, afdeling Gezondheidswetenschappen – Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid; Toegepast Gezondheidsonderzoek, UMCG
Referent:	Dr. D.E.M.C. Jansen, Universitair docent, Rijksuniversiteit Groningen / Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Sociologie
Vraagindiener:	Onderzoeksafdeling van een jeugdzorgaanbieder
Uitgave:	Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid, UMCG
Adres:	Hanzeplein 1, 9713 GZ Groningen
Telefoon:	050 – 363 9080 (coördinator Dr. J.Tuinstra)
Email:	j.tuinstra01@umcg.nl
Datum:	mei 2012

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
1. Inleiding	7
1.1 Introductie	7
1.2 Relevantie	8
1.2.1 Maatschappelijke relevantie	8
1.2.2 Wetenschappelijke relevantie	9
1.3 Leeswijzer	9
2. Literatuuroverzicht risicofactoren zwerfjongeren	11
2.1 Definiëring van zwerfjongeren	11
2.2 Aantal zwerfjongeren in Nederland	12
2.3 Data en methoden van de literatuurstudie 'risicofactoren van zwerfgedrag'	13
2.4 Risicofactoren van zwerfgedrag	14
2.4.1 Macro-risicofactoren	14
2.4.2 Meso-risicofactoren	15
2.4.3 Micro-risicofactoren	17
2.5 Samenvatting, conclusie & discussie 'risicofactoren van zwerfgedrag'	19
2.5.1 Samenvatting	19
2.5.2 Conclusie	20
2.5.3 Discussie	21
3. Theoretisch model	22
3.1 Social Behavior Model van Andersen	22
3.1.1 De keuze voor het Social Behavior Model van Andersen	22
3.1.2 Het Social Behavior Model van Andersen: factoren die zorggebruik beïnvloeden	22
3.2 Model toegepast op zorggebruik door jongeren binnen de jeugdzorg	23
3.2.1 De risicofactoren van zwerfgedrag en zorggebruik van jongeren In de jeugdzorg	24
4. Data en methoden	28
4.1 Secundaire data-analyse, kwantitatief onderzoek	28
4.1.1 De respondenten	28
4.1.2 Proces van dataverzameling	28
4.1.3 Toepassing van de data op het huidige onderzoek	29
4.2 Operationalisaties	30
4.2.1 Zorggebruik, de afhankelijke variabele	30
4.2.2 Codering geen invloed (0) versus wel invloed (1) op de duur van zorggebruik	30
4.2.3 Predisposing factors	30
4.2.4 Enabling factors	31
4.2.5 Need factors	31

4.3 Onderzoeksgroep	33
4.4 Analyseopzet	34
5. Resultaten	35
5.1 Beschrijvende statistiek	35
5.2 Univariate regressieanalyse	37
5.3 Multiple regressieanalyse	38
6. Conclusie en discussie	40
6.1 Overkoepelende probleemstelling	40
6.1.1 Hypothesen	40
6.1.2 Beantwoording probleemstelling	42
6.2 Discussie	43
6.2.1 Het onderzoeksmodel	43
6.2.2 Mogelijke verklaringen verworpen hypothesen	44
6.2.3 De onderzoeksgroep	44
6.2.4 Secundaire data-analyse	45
6.2.5 Variabelen	46
6.3 Aanbevelingen	46
6.3.1 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek	46
6.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk	47
Literatuurlijst	48
Bijlage 1; Projectplan boek zwerfjongeren	56
Bijlage 2; Ontwikkeling van de omvang van het aantal zwerfjongeren in Nederland	60
Bijlage 3; Het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel	61
Bijlage 4; Youth Self-Report	62
Bijlage 5; Nijmeegse Ouderlijke Stressindex	66
Bijlage 6: Non-response analyse	73
Bijlage 7; Assumpties multiple regressieanalyse	75

Voorwoord

Deze scriptie is het slotstuk van de studie sociologie en in het bijzonder van de masterroute 'Sociologie van Welzijn, Gezondheid en Zorg' aan de Rijksuniversiteit Groningen. Met de afronding van de scriptie is er een eind gekomen aan mijn studententijd in Groningen. Ik kijk terug op een bijzondere tijd: van feesten tot diep in de nacht tot het ervaren van een hoge mate van stress voor de tentamens. Zo heb ik van tijd tot tijd ook stress ervaren bij het schrijven van deze scriptie. Ik heb hard gewerkt aan deze scriptie en ervaren dat het tevens gaat om het leerproces dat erbij komt kijken. Het was soms namelijk een zoektocht naar de juiste richting voor de scriptie, maar de bijstellingen en veranderingen hebben uiteindelijk tot een mooie scriptie geleid en daarom ben ik blij met het uiteindelijke resultaat.

Deze scriptie zou niet tot stand zijn gekomen met de hulp van een aantal mensen. Daarom wil ik mijn dank aan deze mensen betuigen. Als eerste wil ik Jolanda Tuinstra bedanken voor de begeleiding vanaf dag één en de feedback op de tussentijdse stukken. Mijn dank gaat ook uit naar Danielle Jansen voor het meedenken en de ontvangen feedback. Vervolgens wil ik Martine Buist-Bouwman bedanken voor de hulp bij vragen over de data. Bovendien, zonder het initiatief van Geeske Kragt en Kees Opmeer om een boek te schrijven over zwerfjongeren zou deze scriptie niet van start zijn gegaan. Daarom ook mijn dank aan hen. Ik verheug mij op de lancering van het boek: 'Thuisgeven. Zwerfjongeren vertellen hun verhaal' in september 2012. Vervolgens wil ik mijn ouders bedanken voor het vertrouwen dat zij in mij hebben gehad en de steun die ik daarbij heb ontvangen. Ook mijn vrienden en vriendinnen die mij tijdens het gehele proces hebben gesteund (met een rosétje in de hand) wil ik bedanken voor hun luisterend oor tijdens stressvolle dagen. Als laatste wil ik de meiden van de studie nog extra bedanken voor het motiverende effect van hun aanwezigheid op de faculteit en de welkome pauzes tijdens de werkdagen.

Tot slot wil ik graag benoemen dat het congres 'Zwerfjongeren versterken, doen!' op 8 december 2011 waar ik ben geweest, mij heeft geïnspireerd en gemotiveerd voor het schrijven van deze scriptie. Zo zei een zwerfjongere op het congres tegen de hulpverlening: 'Als je ons wilt helpen, doe dat dan vanuit jezelf en niet vanuit je baan.' Tijdens het congres is onder andere besproken hoe de problematiek rondom de zwerfjongeren kan worden aangepakt. Ik hoop dat het niet alleen bij woorden blijft, maar dat het congres het startpunt was voor het ondernemen van actie om de zwerfjongeren te helpen en zwerfgedrag te voorkomen.

Sanne Jonker,

Mei 2012, Groningen

Samenvatting

Dit onderzoek richt zich op de vraag welke bijdrage de risicofactoren van zwerfgedrag leveren op de duur van zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg. Uniek in dit onderzoek is de koppeling tussen de risicofactoren van zwerfgedrag en de invloed daarvan op de duur van zorggebruik. Ten eerste is een literatuurstudie uitgevoerd waarin de risicofactoren van zwerfgedrag in kaart zijn gebracht op macro-, meso- en microniveau. Hieruit kwam naar voren dat een problematisch gezin op mesoniveau de belangrijkste verklaring is van zwerfgedrag. Hierbij is hechtingsproblematiek (verwaarlozing, nalatigheid, afwijzing en wantrouwen) de sterkst voorspellende risicofactor van zwerfgedrag. Ten tweede is met behulp van het *Social Behavior Model* van Andersen de invloed van de risicofactoren van zwerfgedrag op de duur van zorggebruik onderzocht. Er werden in dit onderzoek elf risicofactoren van zwerfgedrag meegenomen, namelijk leeftijd, geslacht, dagbesteding, leefsituatie, eerder gebruik gemaakt van zorg, inkomen, angstig/depressief, teruggetrokken/depressief, regel overtredend gedrag, agressief gedrag en hechtingsproblematiek. Van 1-9-2010 t/m 31-08-2011 is door de onderzoeksafdeling van een jeugdzorgaanbieder deze data verzameld onder hun cliënten. In het huidige onderzoek is met de verzamelde data een secundaire data-analyse uitgevoerd. Het uitgangspunt hierbij waren 522 respondenten. De data zijn geanalyseerd met behulp van een univariate en hiërarchische multiple regressieanalyse. Uiteindelijk zijn er 150 respondenten meegenomen in de multiple regressieanalyse. De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat de risicofactor hechtingsproblematiek uit het cluster 'psychosociale problemen' van invloed is op de duur van zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg: hoe groter de hechtingsproblematiek, hoe langer de duur van zorggebruik. De overige risicofactoren van zwerfgedrag, leeftijd, geslacht, dagbesteding, leefsituatie, eerder gebruik gemaakt van zorg, inkomen en de overige psychosociale problemen, geven geen significante verbanden weer met de duur van zorggebruik. Samengevat komt in dit onderzoek naar voren dat hechtingsproblematiek een belangrijke risicofactor is van zwerfgedrag én een significante invloed heeft op de duur van zorggebruik. Tot slot is er een discussie over het huidige onderzoek en worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en voor de praktijk.

Kernwoorden: zwerfjongeren, risicofactoren, zwerfgedrag, *Social Behavior Model* van Andersen, zorggebruik

1. Inleiding

1.1 Introductie

De aanleiding voor dit onderzoek is het project om een boek te schrijven over zwerfjongeren in Drenthe. Kees Opmeer, kinderboekenschrijver en beleidsmedewerker jeugdzorg van de provincie Drenthe en Geeske Kragt, beleidsmedewerker van het Drenthe College zijn daarvan de initiators. Zij zijn ook de oprichters van een Stichting om dit boek, 'Thuisgeven. Zwerfjongeren vertellen hun verhaal', te verwezenlijken.¹ Het doel van dit project is het schrijven van een boek over zwerfjongeren in de provincie Drenthe. Enerzijds door zwerfjongeren zelf aan het woord te laten en anderzijds door de methodiek van de hulpverlening te beschrijven en/of een nieuwe methodiek te ontwikkelen (zie Bijlage 1 voor een uitgebreide omschrijving van het projectplan). Voor dit tweede onderdeel is de onderzoeksafdeling van een jeugdzorgaanbieder ingeschakeld. Vervolgens heeft deze onderzoeksafdeling de wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid van het UMCG ingeschakeld om een aantal onderzoeksvragen beantwoord te krijgen. In deze scriptie wordt daarop ingegaan.

Er is de afgelopen jaren een groei in aandacht voor de zwerfjongerenproblematiek door de Tweede Kamer, gemeenten, onderzoekers en instellingen (Fransen & Van den Handel, 2011). Deze aandacht heeft voor een belangrijk deel te maken met het groeiende aantal zwerfjongeren. Zo lag het aantal zwerfjongeren in Nederland in 2004 tussen de 3000 en 5000. Dit is in 2006 toegenomen naar 7000 zwerfjongeren (Algemene Rekenkamer, 2009). In 2010 waren er bijna 8000 jongeren die voor kortere of langere tijd een zwervend bestaan hebben geleid (Brummelhuis & Drouven, 2011). Dit aantal is zelfs hoger, namelijk 9000 zwerfjongeren, als de zwerfjongeren in voorzieningen met een RIWB-erkenning² worden meegeteld (Brummelhuis & Drouven, 2011).

Veel zwerfjongeren hebben complexe en meervoudige problemen. Het is belangrijk dat de (zwerf)problematiek van deze jongeren wordt aangepakt om persoonlijke en maatschappelijke problemen in de toekomst te voorkomen (Tavecchio & Thomeer-Bouwens, 1996). Ook moet vermeden worden dat jongeren ingeburgerd raken in het straatmilieu (Wolf e.a., 2002). Goede preventieve hulpverlening is daarom nodig om zwerfgedrag te voorkomen (VWS, 2011a; Van der Ploeg, 1989). Maar het idee bestaat dat het huidige zorgaanbod ontoereikend is voor jongeren die zwerven of risico's hebben om te gaan zwerven. Gemeenten geven bijvoorbeeld aan dat zij problemen ervaren om voor deze groep jongeren opvang en zorg goed te

¹ Dit boek 'Thuisgeven. Zwerfjongeren vertellen hun verhaal', geschreven door Kees en Marieke Opmeer, wordt in september 2012 uitgegeven door Van Gorcum.

² RIWB: Regionale Instellingen voor Beschermd wonen.

organiseren (VWS, 2011a). Tevens hebben verschillende onderzoeken laten zien dat zwerfjongeren vaak al gebruik hebben gemaakt van zorg voordat ze gaan zwerven (Van der Ploeg & Scholte, 1997; De Bie & Dortmans in Van der Ploeg, Gaemers, & Hoogendam, 1991; Van der Ploeg, 1989). Er is daarom behoefte aan verbetering of vernieuwing van het hulpaanbod. Er is in de literatuur echter nog weinig bekend over de invloed van risicofactoren van zwerfgedrag op het jeugdzorggebruik van jongeren. Inzicht in deze relatie zou behulpzaam zijn om de zorg aan jongeren in de jeugdzorg te verbeteren. Daarom staan risicofactoren van zwerfgedrag centraal in het huidige onderzoek. Dat gebeurt op twee manieren, waardoor de scriptie verdeeld is in twee delen. In het eerste deel wordt in kaart gebracht welke risicofactoren van invloed zijn op zwerfgedrag. Dat gebeurt met behulp van een literatuurstudie. Het tweede deel van de scriptie onderzoekt op basis van empirische gegevens de invloed van deze risicofactoren op het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg. Dit resulteert in de volgende overkoepelende probleemstelling:

“Wat dragen risicofactoren van zwerfgedrag bij aan het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg?”

Bij de overkoepelende probleemstelling zijn twee onderzoeksvragen geformuleerd, die centraal staan in de twee delen van deze scriptie:

1. Welke risicofactoren zijn van invloed op zwerfgedrag van jongeren?
2. Welke risicofactoren van zwerfgedrag zijn van invloed op het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg?

1.2 Relevantie

1.2.1 Maatschappelijke relevantie

Zwerfjongeren hebben te maken met problemen die direct invloed hebben op hun gezondheid en levenskwaliteit (Fransen & Van den Handel, 2011; Jeeninga, 2010; Wolf, Altena, Christians, & Beijersbergen, 2010; Robertson & Toro, 1998; Thomeer-Bouwens, Tavecchio, & Meeus, 1996). De situatie van zwerfjongeren is daarnaast voorspellend voor nog meer problemen in de toekomst (Tuithof, Ten Have, Van Dorsselaer, & De Graaf, 2010). De belangrijkste aanbeveling van het in 2008 gepubliceerde driejarige onderzoek naar zwerfjongeren in Europa ‘*Combating Youth Homelessness*’ luidt, dat er meer aandacht moet komen voor de signalen die jongeren uitzenden voordat ze gaan zwerven (Movisie, n.d.). Het is daarom van belang om aandacht te besteden aan de preventie van zwerfgedrag van jongeren. Het huidige onderzoek sluit daarop aan, omdat enerzijds de risicofactoren van zwerfgedrag in kaart worden gebracht. Anderzijds biedt het professionals in de

jeugdzorg inzicht in risicofactoren van zwerfgedrag in relatie tot het zorggebruik van hun cliënten. Professionals kunnen naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek in hun behandeling aandacht geven aan jongeren die voldoen aan (enkele) risicofactoren van zwerfgedrag om te voorkomen dat zij daadwerkelijk gaan zwerven. Ook voor beleidsmakers kunnen de resultaten van het huidige onderzoek op het gebied van zorg voor jongeren relevante informatie geven. Bij de vormgeving van beleid is het namelijk van belang om actueel inzicht te hebben op de risicofactoren, bijvoorbeeld bij het ontwikkelen van beleid op het gebied van preventie.

1.2.2 Wetenschappelijke relevantie

Er is veel geschreven over zwerfjongeren. Hierbij gaat de meeste aandacht uit naar de huidige situatie van zwerfjongeren, bijvoorbeeld door middel van profielonderzoeken naar zwerfjongeren in opdracht van verschillende gemeenten (Fransen & Van den Handel, 2011). Zoals een profielonderzoek in Venray (Bieleman & Hoorn, 2006), in Flevoland (Korf, Van Ginkel, & Wouters, 2004) en in Alkmaar (Hulsbosch, Nicholas, Smit, & Wolf, 2003). Echter, in veel rapporten wordt een schets van de problematiek van zwerfjongeren gegeven, zonder diep op de oorzaken van zwerfgedrag in te gaan. Daarnaast maken zwerfjongeren vaak deel uit van onderzoeken naar bredere doelgroepen, zoals volwassen daklozen of jeugdcriminaliteit (Fransen & Van den Handel, 2011). Het huidige onderzoek focust specifiek op de doelgroep (risico)zwerfjongeren, omdat de relatie tussen risicofactoren van zwerfgedrag en zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg worden onderzocht.

Vernieuwend daarbij is de toepassing van het *Social Behavior Model* van Andersen (2008; 1995; Andersen & Newman, 1973). Dit model is vanaf 1960 een veelgebruikt model dat zorggebruik probeert te verklaren. Op basis van dit model zijn de risicofactoren van zwerfgedrag, zoals gevonden in de literatuur, gerelateerd aan jongeren die jeugdzorg ontvangen en al dan niet aan deze risicofactoren voldoen. Deze theoretische benadering van risicofactoren van zwerfgedrag bij jongeren die jeugdzorg ontvangen is wetenschappelijk uniek en relevant. De resultaten uit dit onderzoek zullen laten zien welke risicofactoren van zwerfgedrag van invloed zijn op zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg. Daarmee wordt met dit onderzoek kennis toegevoegd in de wetenschap en de resultaten kunnen worden gebruikt in de ontwikkeling van hulpaanbod in de jeugdzorg.

1.3 Leeswijzer

In het eerste deel van dit onderzoek, in hoofdstuk 2, wordt de eerste onderzoeksvraag beantwoord: “Welke risicofactoren zijn van invloed op zwerfgedrag van jongeren?” Ten eerste wordt in hoofdstuk 2 de definiëring en het aantal zwerfjongeren in Nederland besproken. Daarna worden de data en methoden van de literatuurstudie besproken. Vervolgens worden de risicofactoren van zwerfgedrag uiteengezet.

In het tweede deel van dit onderzoek wordt de invloed van de risicofactoren van zwerfgedrag op het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg onderzocht. Als eerste wordt in hoofdstuk 3 het *Social Behavior Model* van Andersen uiteengezet. Dit model wordt vervolgens toegepast op het huidige onderzoek. Vervolgens, in hoofdstuk 4, worden de data en methoden van de kwantitatieve studie besproken. Daarna, in hoofdstuk 5, worden de resultaten van de kwantitatieve studie gepresenteerd. In hoofdstuk 6 'Conclusie & discussie' worden de hypothesen besproken en vervolgens wordt een antwoord gegeven op de overkoepelende probleemstelling: "Wat dragen risicofactoren van zwerfgedrag bij aan het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg?" Tot slot is er in hoofdstuk 6 een discussie over het huidige onderzoek en worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en voor de praktijk.

2. Literatuuroverzicht risicofactoren zwerfjongeren

Dit hoofdstuk is het eerste deel van het huidige onderzoek waarin de volgende onderzoeksvraag wordt beantwoord: “Welke risicofactoren zijn van invloed op zwerfgedrag van jongeren?” Dat gebeurt op basis van een literatuurstudie.³ Voordat antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag is het van belang het begrip zwerfjongeren te bespreken. Daarom wordt in paragraaf 2.1 als eerste de definitie van zwerfjongeren besproken. Ook wordt het aantal zwerfjongeren in Nederland besproken in paragraaf 2.2. In paragraaf 2.3 worden de data en methoden van de literatuurstudie besproken. Vervolgens komen de risicofactoren van zwerfgedrag in paragraaf 2.4 aan bod.

2.1. Definiëring van zwerfjongeren

Gemeenten, onderzoekers (Noom & De Winter, 2001; Korf, Diemel, Riper, & Nabben, 1999) en instanties (VWS, 2011; Algemene Rekenkamer, 2009) zijn bezig geweest met het formuleren van een definitie van zwerfjongeren (Jeeninga, 2010). In de literatuur zijn veel verschillende definities te vinden van zwerfjongeren (VWS, 2011b; Jeeninga, 2010; Heineke, 2007; Korf e.a., 1999) waarover veel discussie is (Planije, Land, & Wolf, 2003).

Ten eerste worden verschillende boven- en ondergrenzen in leeftijd gehanteerd (Jeeninga, 2010; Van Deth, Van Doorn, & Rensen, 2009). Soms wordt de bovengrens op 23 jaar gesteld (Algemene Rekenkamer 2004; Noom & De Winter, 2001; Korf e.a., 1999) en soms op 25 jaar (Wolf e.a., 2010; Algemene Rekenkamer, 2002). De grens van 25 jaar is het gevolg van een definitie van zwerfjongeren van het Ministerie van VWS waarin zij deze grens stelden en vele onderzoekers pasten zich daarbij aan (Algemene Rekenkamer, 2008a). De ondergrens kan variëren van ‘geen ondergrens’ (Algemene Rekenkamer, 2011), 12 jaar (Algemene Rekenkamer, 2004; Noom & De Winter, 2001) of tot 15 jaar (Algemene Rekenkamer, 2002).

Ten tweede zijn er verschillen in definities wat betreft de duur van zwerfgedrag (Van Deth e.a., 2009). Er wordt vaak een minimale periode gehanteerd: sommige centrumgemeenten⁴ registreren zwerfjongeren pas als ze minimaal drie maanden zwervend zijn en/of in een opvang verblijven. Andere gemeenten hanteren de drie maanden termijn niet, maar hanteren andere termijnen, bijvoorbeeld korter of langer dan drie maanden (Van Deth e.a., 2009).

³ Deze onderzoeksvraag is voor de projectgroep van het boek ‘Thuisgeven. Zwerfjongeren vertellen hun verhaal’ uitgebreider beantwoord aan de hand van de literatuurstudie. Dit is weergegeven in een uitgebreid literatuuroverzicht dat is gebruikt door de projectgroep voor het boek. In het kader van deze scriptie is dit literatuuroverzicht in Hoofdstuk 2 ‘Literatuuroverzicht Zwerfjongeren’ verkort weergegeven.

⁴ Centrumgemeenten zijn overkoepelende gemeenten. Er zijn in Nederland 43 centrumgemeenten verantwoordelijk voor bepaalde taken in de maatschappelijke opvang in hun verzorgingsgebied (Algemene Rekenkamer, 2008b).

Ten derde zijn er verschillende verblijfplaatsen in de definiëring van zwerfjongeren (Heineke, 2007; Planije e.a., 2003). Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om verblijf op straat, op tijdelijke adressen, in dag- en nachtopvangen en in residentiële opvangvoorzieningen. Daarnaast kan ook het aantal wisselingen van verblijfplaats worden meegenomen (Planije e.a., 2003).

Ten vierde zijn er verschillende criteria over welke bijkomende problemen naast het zwerven worden meegenomen in de definitie van zwerfjongeren (Jeeninga, 2010). Dit is vaak afhankelijk van het doel en de onderzoeksvragen van een onderzoek (Korf e.a., 1999).

Om de eenduidigheid te vergoten heeft het Ministerie van VWS in 2010 een nieuwe definitie zwerfjongeren vastgesteld (VWS, 2011b): “Zwerfjongeren zijn feitelijke of residentiële daklozen onder de 23 jaar met meervoudige problemen.” In de nieuwe definitie van het VWS is geen ondergrens wat betreft leeftijd gesteld. De belangrijkste reden daarvoor is de dalende leeftijd van zwerfjongeren (Algemene Rekenkamer, 2008a). Er is sprake van *meervoudige problemen* wanneer er een vermoeden is van meerdere problemen, zoals verslaving, aanraking met justitie, psychische- en gezondheidsproblemen. *Feitelijke daklozen* zijn jongeren die niet beschikken over een eigen woonruimte en daar ook geen uitzicht op hebben. Daarbij zijn zij voor een slaapplek gedurende de nacht, minimaal één nacht (in de maand), zonder vooruitzicht op een slaapplek voor de daarop volgende nacht, aangewezen op buiten slapen, of slapen bij familie, vrienden of opvang. *Residentiële daklozen* zijn jongeren zonder eigen woonruimte, die zelfstandig staan ingeschreven bij instellingen voor maatschappelijke opvang, zoals zwerfjongerenpensions en nachtopvang.

2.2 Aantal zwerfjongeren in Nederland

Brummelhuis en Drouven (2011) hebben een schatting gemaakt van het aantal zwerfjongeren in het jaar 2010. Op jaarbasis⁵ waren er 7.980 zwerfjongeren in Nederland en het totaal van de peildatum⁶ betreft 3.620 zwerfjongeren. Dit is vergeleken met 1995 een stijging in de omvang, aangezien het aantal zwerfjongeren toen op 4.300 werd geschat op jaarbasis (SGB0, 1995) (zie Bijlage 2 voor een schematische weergave van de ontwikkeling van de omvang). Als belangrijke kanttekening bij hun onderzoek vermelden Brummelhuis en Drouven (2011) dat er in de praktijk meer zwerfjongeren zijn. Veel voorzieningen voor zwerfjongeren hebben namelijk een RIWB erkenning aangevraagd. Volgens de definitie van het VWS (2011b) vallen de zwerfjongeren die zich bevinden bij een voorziening met een RIWB erkenning buiten de definitie en zijn dus volgens de definitie

⁵ Op jaarbasis betekent het totaal over het gehele jaar.

⁶ Een peildatum betekent een telling op een willekeurige dag in Nederland.

geen zwerfjongeren. Het totaal aantal zwerfjongeren in 2010 inclusief verblijf in voorzieningen met een RIWB erkenning wordt op jaarbasis 9.000 geschat en op peildatum 4.050.

In 2004 is een schatting gemaakt van het aantal zwerfjongeren in Drenthe, waaruit bleek dat tussen de 44 en 54 zwerfjongeren in Drenthe leefden (Algemene Rekenkamer, 2004). In 2007 is dat aantal gestegen naar 64 tot 76 (Algemene Rekenkamer, 2009). In het Sociaal Rapport Provincie Drenthe wordt een schatting gemaakt van 100 zwerfjongeren in Drenthe (De Witt, Parker Brady, Schonewille, & Tuinstra, 2008). De verwachting is dat dit aantal hoger ligt, gezien de beperkte registratie van instellingen en gemeenten (Jeeninga, 2010; Korf e.a., 1999).

Verschillende studies plaatsen kanttekeningen bij de schattingen over de omvang van de groep zwerfjongeren (Jeeninga, 2010; Korf e.a., 1999; Van der Ploeg, 1989). Ten eerste, zoals in paragraaf 2.1 is besproken, zijn er verschillende gehanteerde definities door instanties en onderzoekers. Daardoor kunnen verschillende schattingen worden gegeven (VWS, 2011b; Korf e.a., 1999). Ten tweede is een schatting van de omvang moeilijk, omdat zwerfjongeren een lastige doelgroep is om te traceren (Van der Ploeg, 1989). Ze zwerven immers rond, hebben geen vast adres, verblijven op verschillende adressen en maken van verschillende instellingen gebruik. Er is tevens nog geen landelijke systematische registratie (Jeeninga, 2010) en ook in instellingen wordt niet altijd nauwkeurig geregistreerd (Korf e.a., 1999). Daarnaast kunnen de jongeren in plaats van 'zwerfend' worden gelabeld als 'verslaafd' of 'crimineel.' Op die manier worden zwerfjongeren alsnog niet opgemerkt (Van der Ploeg, 1989). Ten derde is er een mogelijke overlap tussen gemeenten (Korf e.a., 1999). Jongeren gaan van de ene naar de andere gemeente. Als de cijfers per gemeente bij elkaar zouden worden opgeteld, bestaat de kans op overschatting. Vandaar dat schattingen voor overlap gecorrigeerd moeten worden.

2.3 Data en methoden van de literatuurstudie 'risicofactoren van zwerfgedrag'

In dit eerste deel van het onderzoek is een literatuurstudie uitgevoerd, met als doel de risicofactoren van zwerfgedrag te achterhalen onder jongeren. Een literatuurstudie is de beste methode voor dit onderdeel, omdat er voldoende informatie hierover te vinden is in de literatuur. In het huidige onderzoek brengt deze literatuurstudie de bevindingen over de risicofactoren van zwerfgedrag uit verschillende onderzoeken samen. Er is geen ondergrens gehanteerd wat betreft het jaartal van publicatie, omdat er in verschillende jaargangen relevante informatie over de risicofactoren van zwerfgedrag te vinden is. De literatuurstudie is gebaseerd op boeken en artikelen die gevonden zijn in wetenschappelijke databases voor sociale en pedagogische wetenschappen (SocIndex, ERIC, Scopus, Medline/PubMed en PsychINFO). Er werd gezocht op de volgende basistermen voor het literatuuroverzicht van zwerfjongeren: zwerfjongeren, thuisloze/dakloze

jongeren/jeugd/kinderen/adolescenten, risicofactoren/determinanten/oorzaken van zwerfgedrag/dakloosheid/thuisloosheid. In het Engels werden de volgende basistermen gebruikt: *homeless youth/children/adolescents, causes/risk factors/determinants for homelessness*. Deze zoektermen werden in verschillende combinaties gebruikt. Daarnaast werden referenties uit de gevonden artikelen opgezocht indien deze niet uit de zoektocht naar voren kwamen. Deze sneeuwbalmethode werd voortgezet totdat verzadiging was opgetreden. In de volgende paragraaf is het resultaat van de literatuurstudie naar de risicofactoren van zwerfgedrag te vinden.

2.4 Risicofactoren van zwerfgedrag

In deze paragraaf wordt de onderzoeksvraag “Welke risicofactoren zijn van invloed op zwerfgedrag van jongeren?” beantwoord. Om een beschrijving te geven van de verschillende risicofactoren wordt het sociaalecologisch ontwikkelingsmodel benut (Van der Ploeg & Scholte in: Thomeer-Bouwens, Tavecchio & Meeus, 1996) (zie Bijlage 3). Dit model sluit aan bij het heersende perspectief in de literatuur, dat zwerfgedrag een multidimensioneel probleem is en dat de verscheidene systemen, zoals overheid, gezin, school, vrienden en de persoon elkaar beïnvloeden (Anderson & Christian, 2003; Fitzpatrick, Kemp, & Klinker, 2000; Van der Ploeg & Scholte, 1997; Angenent, 1993). Er is dus niet één verklaring voor zwerfgedrag, maar het is een combinatie van verschillende risicofactoren op de verschillende niveaus, macro, meso en micro.

2.4.1 Macro-risicofactoren

Macro-risicofactoren bestaan uit algemene sociale en economische aspecten van de Westerse samenleving die de kans kunnen verhogen op zwerfgedrag. Deze benadering wordt ook wel het structurele tekortkomingen model genoemd. Macro-risicofactoren zijn gedeeltelijk verantwoordelijk voor het ontstaan van zwerfgedrag (Anderson & Christian, 2003; Fitzpatrick e.a., 2000; Van der Ploeg & Scholte, 1997; Shinn, 1992). Ten eerste is armoede op macroniveau een risicofactor die de kans op zwerfgedrag verhoogt (Fitzpatrick e.a., 2000; Van der Ploeg & Scholte, 1997; Shinn, 1992). Een gezin heeft te maken met armoede als het inkomen beneden de grens van het minimum inkomen valt. Armoede brengt mensen in een kwetsbare positie doordat zij zichzelf niet of moeilijk in de basisbehoeften kunnen voorzien, zoals onderdak. Een gevolg zou zwerfgedrag kunnen zijn.

Ten tweede kunnen er in de maatschappij te weinig sociale huurwoningen zijn voor mensen met een laag inkomen (Fitzpatrick e.a., 2000; Van der Ploeg & Scholte, 1997; Shinn, 1992). Mensen waarbij het inkomen onder een bepaalde grens valt, hebben recht op een huurwoning met subsidie, zogenaamde sociale

huurwoningen. Als er te weinig sociale huurwoningen door de overheid zijn aangewezen, kan er een tekort aan goedkope woningen ontstaan. Hierdoor kunnen mensen dakloos raken en gaan zwerven.

Ten derde kan in een samenleving sprake zijn van een groei in werkloosheid, bijvoorbeeld door veranderingen op de arbeidsmarkt (Fitzpatrick e.a., 2000). Een groei in werkloosheid op macroniveau kan leiden tot werkloosheid van een persoon. Dit kan vervolgens leiden tot inkomensverlies, mogelijk verlies van huisvesting en tot zwerfgedrag. Werkloosheid wordt daarom gezien als een belangrijke risicofactor van zwerfgedrag (Anderson & Christian, 2003; Van der Ploeg & Scholte, 1997).

Voor jongeren zijn de macroverklaringen niet altijd rechtstreeks van invloed op hun zwerfgedrag, omdat zij, voor een deel van de groep, minderjarig zijn en/of deel uitmaken van een huishouden waarbij hun ouders verantwoordelijk zijn voor inkomen en huisvesting. Het risico op zwerfgedrag van de macrofactoren verloopt via de ouders/opvoeders en is van invloed op andere risicofactoren van de jongere zelf. Dit sluit aan bij het heersende perspectief in de literatuur, namelijk dat zwerfgedrag een multidimensionaal probleem is (Anderson & Christian, 2003; Fitzpatrick, Kemp, & Klinker, 2000; Van der Ploeg & Scholte, 1997; Angenent, 1993).

2.4.2 Meso-risicofactoren

Meso-risicofactoren hebben betrekking op het sociaal netwerk van een jongere (Van der Ploeg & Scholte, 1997). (Risiko)zwerfjongeren hebben te maken met een escalatie aan problemen op verscheidene gebieden en tegelijkertijd een sociaal netwerk dat afbrokkelt wat zwerfgedrag tot gevolg heeft (Wolf, 2002; Grigsby, Baumann, Gregorich, & Roberts-Gray in Van der Ploeg & Scholte, 1997; Hier, Korboot, & Schweitzer in Van der Ploeg & Scholte, 1997; Tavecchio & Thomeer-Bouwens, 1996; Van der Ploeg e.a. 1991). De afbrokkeling van het sociale netwerk uit zich op verschillende vlakken, zoals in het gezin, de dagbesteding bestaande uit school of werk, vrienden en de hulpverlening. De hulpverlening valt in het huidige onderzoek onder sociaal netwerk, omdat jongeren al dan niet steun kunnen ontvangen van professionals zoals zij ook van het gezin of vrienden kunnen ontvangen.

2.4.2.1. Risicofactoren van zwerfgedrag op het gebied van het gezin

Het gezin van een kind is een significante voorspeller van zwerfgedrag en heeft een direct effect op weglopen (Thompson & Pillai, 2006; Whitbeck & Simons in Van der Ploeg & Scholte, 1997). Wat betreft de sociaal demografische context is ten eerste de leefsituatie van een jongere van invloed op zwerfgedrag. Gescheiden ouders zijn van invloed op het ontstaan van zwerfgedrag bij jongeren (Thompson & Pillai, 2006; Fitzpatrick, e.a., 2000; Tavecchio, Thomeer, & Meeus, 1999; Tavecchio & Thomeer-Bouwens, 1996; Van der Ploeg, 1989).

Zwerfjongeren hebben tevens meer opvoedingssituaties gekend dan jongeren die niet zwerven (Tavecchio & Thomeer-Bouwens, 1996), bijvoorbeeld een uithuisplaatsing (Blankertz, Cnaan, & Freedman, 1993). De tweede risicofactor is het inkomen en de sociaaleconomische status (SES) van het gezin waar het kind in opgroeit. Het inkomen en de sociaaleconomische status zijn bij gezinnen van zwerfjongeren lager dan jongeren die niet zwerven (Van der Ploeg & Scholte, 1997; Tavecchio & Thomeer-Bouwens, 1996;).

Vervolgens zijn de ouderlijke competenties van invloed op zwerfgedrag. De eerste risicofactor is 'conflicten in het gezin.' Veel weglopers en zwerfjongeren komen uit gezinnen die ernstige problemen vertonen (Robert, Pauzé, & Fournier, 2005; Van der Ploeg & Scholte, 1997), die ruzie in het gezin als reden opgeven voor weglopen en/of uit huis worden gezet door de ouders/opvoeders (Wolf, 2002). De tweede risicofactor is de hechtingsproblematiek tussen ouder(s) en kind.⁷ Het ontbreken van een veilig gehechtheidsklimaat is een van de belangrijkste risicofactoren voor het ontstaan van zwerfgedrag (Tavecchio, Thomeer, & Meeus, 1999; Tavecchio & Thomeer-Bouwens, 1996; Tavecchio, & Roorda-Honéé, 1994; Stefanidis, Pennbridge, MacKenzie, & Potharts, 1992). De sterkst voorspellende factoren voor herhaaldelijke periodes van weglopen komen voort uit kenmerken die vallen onder hechtingsproblematiek, zoals verwaarlozing, nalatigheid, afwijzing door ouders en geen vertrouwen in de ouders door de jongeren, een gebrek aan ervaren ouderlijke responsiviteit en sociale steun (Tyler, Hagewen, & Melander, 2011; Tucker, Orlando Edelen, Ellickson, & Klein, 2010; Thompson & Pillai, 2006; Tavecchio e.a., 1999; Tavecchio & thomeer-Bouwens, 1996). De derde risicofactor is zware discipline door ouders. Uit onderzoek is gebleken dat zware discipline relatief vaak voorkomt in gezinnen van de zwerfjongeren (Van der Ploeg & Scholte, 1997). De vierde risicofactor in het gezin is mishandeling en misbruik. Vele weglopers en zwerfjongeren komen uit gezinnen die ernstige problemen vertonen, zoals (emotionele) mishandeling, seksueel misbruik en verwaarlozing (Tyler e.a., 2011; Wolf e.a., 2010; Robert e.a., 2005; Van der Ploeg & Scholte, 1997; Blankertz e.a., 1993).

2.4.2.2 Risicofactoren van zwerfgedrag op het gebied van dagbesteding: school of werk

Het niet hebben van een dagbesteding of problemen met de dagbesteding is een risicofactor van zwerfgedrag. Dit kan zich ten eerste uiten op het gebied 'school' in lagere cijfers en motivatie (Tucker, 2010; Van der Ploeg, 1989). Veel jongeren beginnen met spijbelen en gaan vervolgens vaak al lange tijd niet meer naar school voordat ze daadwerkelijk beginnen met zwerven (Van der Ploeg, 1989). Ook hebben zwerfjongeren vaak problemen gehad met de docenten op school (Hagan & McCarthy in Van der Ploeg & Scholte, 1997; Van der Ploeg e.a., 1991). Daarnaast blijven zwerfjongeren vaak zitten; in een onderzoek van Van der Ploeg (1989) naar

⁷ Zie Bowlby voor een uiteenzetting van de gehechtheidtheorie (Bowlby, 1977).

zwerfjongeren was 40% minstens 1 keer blijven zitten. Tevens wisselden 60% van de zwerfjongeren 3 tot 7 keer van scholen (Van der Ploeg & Scholte, 1997). Zwerfjongeren hebben bovendien vaak een laag opleidingsniveau (Wolf e.a., 2010; Tavecchio & Thomeer-Bouwens, 1996). Ten tweede kunnen risicofactoren van zwerfgedrag zich uiten op het gebied 'werk.' Een risicofactor van zwerfgedrag is werkloosheid (Van der Ploeg, 1989), want zonder een baan heeft een jongere geen inkomen om onder andere huisvesting te kunnen betalen. Daarbij hebben deze jongeren meestal weinig ambitie om te werken, steken zij weinig energie in het vinden van een baan en worden zij vaak door eigen gedrag ontslagen (Van der Ploeg e.a., 1991).

2.4.2.3. Risicofactoren van zwerfgedrag op het gebied van vrienden

De vriendengroep van weglopers en zwerfjongeren blijkt vaak uit vrienden te bestaan die zelf ook zijn weggelopen of zwervend zijn. (Risico)zwerfjongeren vertonen vaak problematisch gedrag op verscheidene gebieden en hebben vaak vrienden die ook problematisch gedrag vertonen (Van der Ploeg, 2007; Van der Ploeg & Scholte, 1990). (Risico)zwerfjongeren zullen zich richten op de jongeren die ook hun netwerk aan het verliezen zijn om op die manier van elkaar erkenning krijgen. Op die manier wordt het probleemgedrag versterkt (Van der Ploeg, 2007). Aan de andere kant komt er in onderzoek naar voren dat (risico)zwerfjongeren juist weinig vrienden hebben (Van der Ploeg, 1989).

2.4.2.4. Risicofactoren van zwerfgedrag op het gebied van hulpverlening

Er zijn verscheidene risicofactoren op het gebied van de hulpverlening. Jongeren kunnen te laat in het hulpverleningssysteem terecht komen terwijl zij al jaren problemen op verschillende gebieden ervaren (Van der Ploeg & Scholte, 1997). Echter, de meeste zwerfjongeren hebben al eerder gebruik gemaakt van de hulpverlening voordat zij daadwerkelijk zijn gaan zwerven (Van der Ploeg & Scholte, 1997; De Bie & Dortmans in Van der Ploeg e.a., 1991; Van der Ploeg, 1989). Daarnaast kunnen jongeren onsuccesvol zijn doorverwezen door de hulpverlening of een negatieve ervaring hebben gehad met de hulpverlening, zoals onverschilligheid door hulpverleners (Van der Ploeg & Scholte, 1997).

2.4.3. Micro-risicofactoren

De micro-risicofactoren die gerelateerd zijn aan zwerfgedrag worden ingedeeld in biologische kenmerken, emotionele problemen en gedragsproblemen.

2.4.3.1. Biologische kenmerken

De eerste risicofactor is het geslacht. Hierbij laten de meeste onderzoeken zien dat jongens een groter risico hebben op zwerfgedrag (Wolf e.a., 2010; Petit & Richt, 2009; Planije e.a., 2003; Van der Ploeg & Scholte, 1991). Ook al is het waarschijnlijk dat meisjes vaker weglopen dan jongens, jongens gaan vaker daadwerkelijk zwerven. Daarbij komt dat jongens vaker het huis uitgezet worden door hun ouders (Van der Ploeg & Scholte, 1997). De tweede risicofactor is leeftijd. In een onderzoek van Korf, Van Ginkel en Wouters (2004) is onder jongeren die aan risicofactoren van zwerfgedrag voldoen geschat dat één op de zeven jongeren jonger is dan 15 jaar, ruim een derde 15 tot 18 jaar is en bijna de helft 19 tot 22 jaar is. Jeeninga (2010) beschrijft dat de grootste groep zwerfjongeren zich bevindt tussen de 16 en 21 jaar. Daarnaast zijn er signalen dat de leeftijd in de groep zwerfjongeren daalt (Algemene Rekenkamer, 2008a). Ten derde is er het biologische kenmerk 'etniciteit.' Er is geen duidelijk beeld over de verhouding tussen autochtone en allochtone zwerfjongeren (Jeeninga, 2010). Uit verscheidene onderzoeken blijkt het aandeel allochtoon te variëren van 38 tot 65% (Jeeninga, 2010). Over het algemeen zijn autochtone zwerfjongeren zijn in de meerderheid (Korf e.a., 1999). Al worden de allochtone jongeren in de grote en middelgrote steden sterker vertegenwoordigd (Jeeninga, 2010; Korf e.a., 1999).

2.4.3.2. Emotionele problemen

Er zijn verscheidene risicofactoren van zwerfgedrag op het gebied van emotionele problemen. Ten eerste hebben veel studies aangetoond dat zwerfjongeren een laag zelfbeeld hebben (Wolf e.a., 2010; Kurtz, Jarviz, & Kurtz, 1991); Maxwell in Van der Ploeg & Scholte, 1997). Ten tweede zijn er vaak psychische problemen onder zwerfjongeren zoals: angst, schuldgevoelens, gevoelens van niks waard zijn, eenzaamheid, zelfhaat, agressie (Van der Ploeg, 1989), depressie (Tucker e.a., 2010; Van der Ploeg & Scholte, 1997), gedachten aan zelfmoord of een poging tot zelfmoord (Wolf e.a., 2010; Feitel, Margetson, Chamas, & Lipman, 1992). Ten derde tonen veel jongeren weinig zelfinzicht (Van der Ploeg, 1989). Zwerfjongeren denken over het algemeen heel positief over zichzelf, ondanks hun slechte situatie. De jongeren toonden hierbij weinig realistisch inzicht in hun situatie en hun zelf. De vierde risicofactor is aangeleerde hulpeloosheid en verlies van controle. Dit is karakteristiek voor vele zwerfjongeren die ervaring hebben met problemen die niet opgelost werden (Wolf, 2002; Van der Ploeg, Gaemers, & Hoogendam, 1991). Als zij daarnaast weinig of geen steun ontvangen van de omgeving (Wolf, 2002), dan is de kans groot dat zij gefrustreerd raken, de hoop verliezen (Van der Ploeg, 1989), apathisch worden en opgeven (Wolf, 2002). Ten vijfde is de zelfredzaamheid en het handelingsvermogen van zwerfjongeren negatief beïnvloed door de herhaaldelijke ervaring van controleverlies van situaties, psychische en verslavingsproblematiek en weglopen uit moeilijke situaties (Wolf, 2002). De jongeren vertrouwen mensen

niet meer, leren langzaam, hebben een aangetast oordeelsvermogen, een niet adequate inschatting van eigen vaardigheden en een aangetast vermogen om kritisch te reflecteren op alledaagse handelingen (Wolf, 2002). Ten zesde bleek dat veel weggelopen jongeren een hoge score hebben op dissociatieve symptomen en gedrag (Tyler, Cauce, & Whitbeck, 2004). Dissociatieve symptomen zijn verdedigings- en overlevingsmechanismen, zoals geheugenverlies, als reactie op een trauma, zoals seksueel misbruik en fysieke mishandeling (Tyler e.a., 2004).

2.4.3.3. Gedragsproblemen

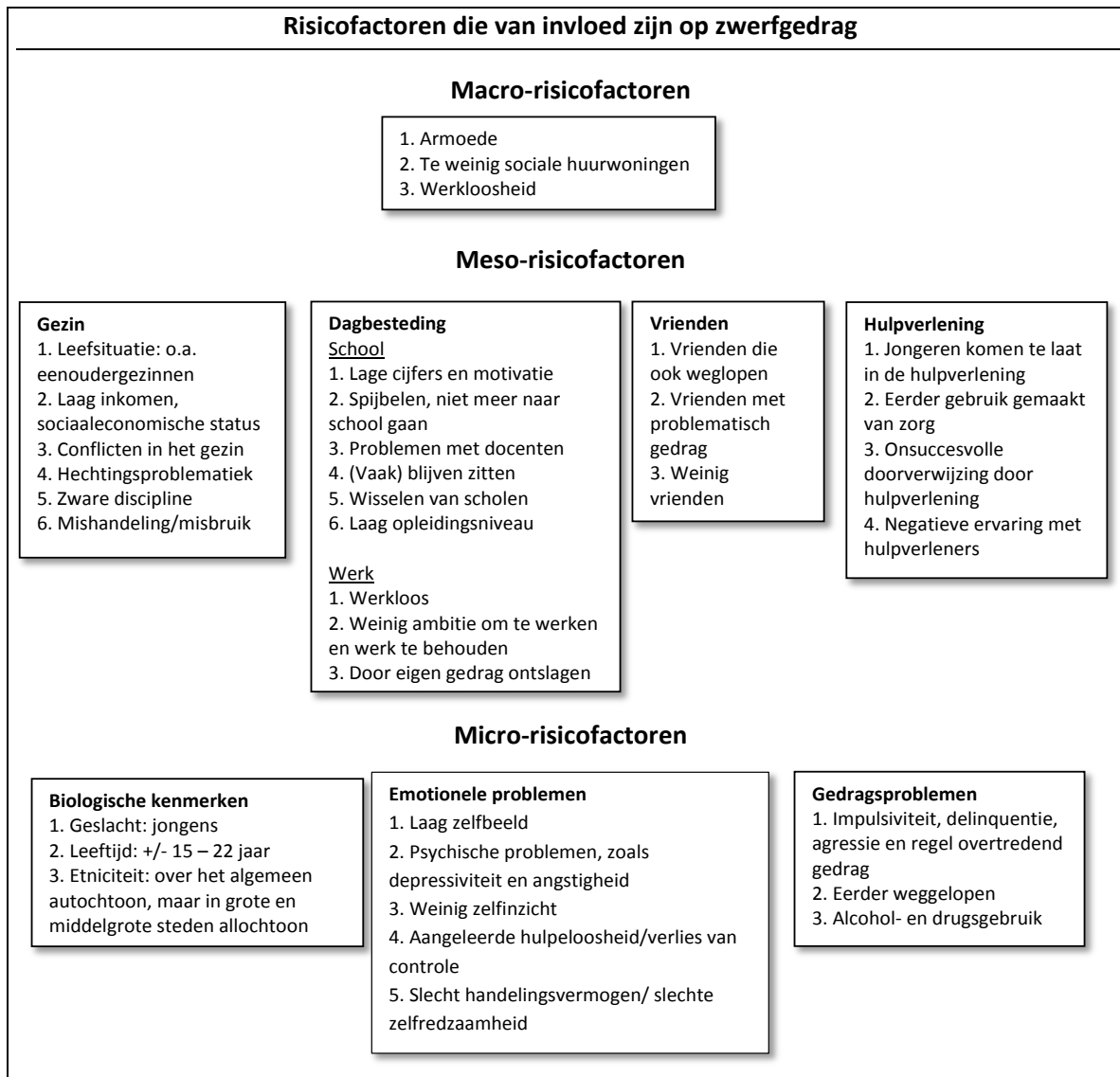
Gedragsproblemen hebben een significant effect op weglopen (Tyler e.a., 2011; Robert e.a., 2005). Ten eerste komt in verscheidene onderzoeken naar voren dat jongeren die weglopen vaker moeite hebben om hun impulsiviteit te beheersen en raken zij bijvoorbeeld sneller betrokken bij antisociaal gedrag, zoals delinquentie en agressiviteit (Jenkins & Stahle in Angenent, 1993; Van der Ploeg, Gaemers, & Hoogendam, 1991). Ten tweede is één van de belangrijkste risicofactoren van zwerfgedrag eerdere periodes van weglopen. Jongeren die eerder zijn weggelopen van huis hebben een grotere kans om weer weg te lopen (Tyler e.a., 2011; Van der Ploeg & Scholte, 1991). Ten derde hebben jongeren die alcohol drinken een significante kans op weglooperperiodes (Tucker, e.a., 2010; Thompson & Pillai, 2006). Ook drugsgebruik is een belangrijke factor voor weglopen (Tucker, e.a., 2010). Alcohol (en drugsgebruik) kunnen worden gezien als manieren om de realiteit te vermijden en het verlagen van pijnlijke emoties (Van der Ploeg & Scholte, 1997).

2.5 Samenvatting, conclusie & discussie ‘risicofactoren van zwerfgedrag’

In het eerste deel van dit onderzoek zijn de risicofactoren van zwerfgedrag onderzocht. In deze paragraaf wordt allereerst een samenvatting van de risicofactoren van zwerfgedrag gegeven, vervolgens de conclusie en daarna een discussie over het eerste deel van het huidige onderzoek.

2.5.1 Samenvatting

Er is een samenvatting van de risicofactoren van zwerfgedrag weergegeven in figuur 2.1. In dit figuur is onder elk niveau (macro, meso en micro) puntsgewijs de risicofactoren van zwerfgedrag weergegeven zoals naar voren is gekomen uit de literatuurstudie.



Figuur 2.1: Een samenvatting van de risicofactoren die van invloed zijn op zwerfgedrag gebaseerd op het sociaalecologisch ontwikkelingsmodel (Van der Ploeg & Scholte in: Thomeer-Bouwens, Tavecchio & Meeus, 1996).

2.5.2 Conclusie

Concluderend kan worden gesteld dat uit de literatuur verscheidene macro-, meso- en micro-risicofactoren van zwerfgedrag naar voren zijn gekomen. Zwerfgedrag is een multidimensioneel probleem waarbij verscheidene risicofactoren op macro-, meso- en micro-niveau elkaar beïnvloeden (Anderson & Christian, 2003; Fitzpatrick, Kemp, & Klinker, 2000; Van der Ploeg & Scholte, 1997; Angenent, 1993). Uit meerdere onderzoeken komt naar

voren dat een problematisch gezin als de belangrijkste verklaring wordt gezien om voor jongeren om te gaan zwerven (Thompson & Pillai, 2006; Van der Ploeg e.a., 1991; Whitbeck & Simons in Van der Ploeg & Scholte, 1997). Hierbij is hechtingsproblematiek, zoals verwaarlozing, nalatigheid, afwijzing, en wantrouwen, in het gezin de sterkst voorspellende risicofactor voor herhaaldelijke periodes van weglopen (Tyler e.a, 2011; Tucker e.a., 2010; Thompson & Pillai, 2006; Tavecchio e.a., 1999; Tavecchio & Thomeer-Bouwens, 1996; Tavecchio, & Roorda-Honée, 1994; Stefanidis e.a., 1992). Dit kan leiden tot problematiek op verscheidene gebieden op meso- en microniveau waarbij de escalatie van de problemen en afbrokkeling van het sociale netwerk uiteindelijk kan leiden tot zwerfgedrag (Grigsby e.a. in Van der Ploeg & Scholte, 1997; Hier e.a. in Van der Ploeg & Scholte, 1997; Van der Ploeg e.a. 1991).

2.5.3 Discussie

Een sterk punt van deze literatuurstudie is dat het een overzicht biedt van alle, tot dusver bekende, risicofactoren die van invloed zijn op zwerfgedrag. Deze risicofactoren van zwerfgedrag zijn overzichtelijk in één model geplaatst op macro-, meso- en microniveau wat in voorgaand onderzoek niet zo uitgebreid is gedaan. Dit handzame literatuuroverzicht is gebruikt voor het boek 'Thuisgeven. Zwerfjongeren vertellen hun verhaal', geschreven door Kees en Marieke Opmeer en wordt in september 2012 uitgebracht.

Een kanttekening bij de literatuurstudie naar de risicofactoren van zwerfgedrag is de moeilijkheid in het trekken van een grens tussen oorzakelijke en uitkomstfactoren van zwerfgedrag (Thompson, Bender, Windsor, Cook, & Williams, 2010). Hierbij is sprake van een grijs gebied waarin risicofactoren zowel oorzaak als gevolg van zwerven kunnen zijn. Bijvoorbeeld de emotionele- en gedragsproblemen. Zwerfjongeren komen vaak uit gezinnen die ernstige problemen vertonen, zoals (emotionele) mishandeling, misbruik en verwaarlozing (Tyler e.a., 2011; Wolf e.a., 2010; Robert e.a., 2005; Van der Ploeg & Scholte, 1997; Blankertz e.a., 1993). Dit kan leiden tot emotionele- en gedragsproblemen en is een verklaring van weglopen en zwerfgedrag. Echter, tijdens het zwerven kan deze problematiek ook zijn ontstaan of worden vergroot. Het leven op straat is namelijk stressvol (Thompson e.a., 2010). Veel studies hebben geconcludeerd dat veel zwerfjongeren psychische problemen hebben, zoals een laag zelfbeeld (Wolf e.a., 2010; Maxwell in Van der Ploeg & Scholte, 1997; Kurtz e.a., 1991), depressie (Van der Ploeg & Scholte, 1997), angst, eenzaamheid, agressie (Van der Ploeg, 1989) en gedachten aan zelfmoord (Wolf e.a., 2010; Feitel e.a. 1992). Kortom, er moet rekening worden gehouden met kans op samenhang tussen oorzakelijk en uitkomstfactoren van zwerfgedrag.

3. Theoretisch model

In het eerste deel van dit onderzoek, in hoofdstuk 2, is een overzicht gegeven van de risicofactoren van zwerfgedrag. Het tweede deel van dit onderzoek richt zich vervolgens op de bijdragen van deze risicofactoren op het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg. Het gaat hierbij (waarschijnlijk) niet om zwerfjongeren, maar om jongeren die jeugdzorg ontvangen en al dan niet risicofactoren hebben voor zwerfgedrag. Het *Social Behavior Model* van Andersen (2008; 1995; Andersen & Newman, 1973) wordt hierbij als uitgangspunt genomen om de invloed van de risicofactoren van zwerfgedrag op het zorggebruik te onderzoeken. In paragraaf 3.1 wordt een beschrijving gegeven van het *Social Behavior Model* van Andersen. In paragraaf 3.2 wordt het model toegepast op het huidige onderzoek.

3.1 Social Behavior Model van Andersen

3.1.1 De keuze voor het Social Behavior Model van Andersen

Het *Social Behavior Model* van Andersen (2008; 1995; Andersen & Newman, 1973) is vanaf 1960 een veelgebruikt model dat zorggebruik probeert te verklaren. Dit model richt zich op sociale factoren en is alomvattend, aangezien alle factoren die van invloed zouden kunnen zijn op het zorggebruik in dit model opgenomen kunnen worden (Smits, Droomers, & Westers, 2002). Andere modellen die zich ook bezighouden met het verklaren van zorggebruik zoals het *Health Belief Model* en de Sociale leertheorie van Bandura (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) en de Protectie Motivatie Theorie (Rogers, 1975) richten zich vaker op handelingen van individuen (instituties of structuren), bijvoorbeeld hoe intenties, normen en waarden en motivatie het gezondheidsgedrag beïnvloeden. De keuze is op het *Social Behavior Model* van Andersen gevallen, omdat er zowel individuele als sociale factoren aan bod komen. Dit sluit goed aan bij het huidige onderzoek, aangezien in hoofdstuk 2 duidelijk werd dat zwerfgedrag verklaard kan worden door risicofactoren op drie niveau's, te weten: macro, meso en micro.

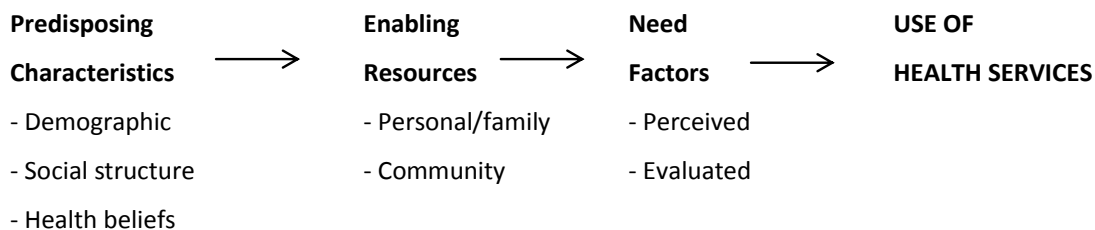
3.1.2 Het Social Behavior Model van Andersen: factoren die zorggebruik beïnvloeden

Het Social Behavior Model van Andersen wordt gebruikt om zorggebruik te verklaren. Het model bestaat uit verschillende factoren die allen een eigen bijdrage hebben op zorggebruik, zowel bevorderende als belemmerende factoren. Het model van Andersen heeft drie basiscomponenten: *predisposing*, *enabling* en *need factors*. In figuur 3.1 is dit model te zien. Dit is het eerste en meest basale model van Andersen. Andersen (2008; 1995; Andersen & Newman, 1973) geeft de volgende beschrijving van de drie basiscomponenten van het model.

Predisposing factors zijn individuele karakteristieken die al bestaan voordat een gezondheidsproblematiek optreedt. Mensen met deze karakteristieken hebben soms meer de neiging gebruik te maken van zorg dan anderen terwijl het niet direct het gebruik van zorg verklaart. Het gaat over demografische factoren (leeftijd, geslacht en opleidingsniveau), sociale structurele factoren (status in de maatschappij gemeten door opleiding en werk van het gezinshoofd) en attitudes (*health beliefs*) met betrekking tot gezondheid en zorg.

De tweede component zijn *enabling factors* (faciliterende factoren) die het ontvangen van de zorg mogelijk maken en de hoeveelheid ontvangen zorg bepalen. Het gaat hier om persoonlijke en/of familiefactoren zoals het inkomen, de zorgverzekering en de afstand tot de zorginstelling. Maar het gaat ook om factoren in de maatschappij (*community*), zoals de aanwezigheid en hoeveelheid zorg (lange wachtlijsten of juist niet) en de hoeveelheid personeel in de zorg. Indien er meer bronnen ter beschikking staan tot een persoon, dan neemt de kans om zorg te gebruiken toe.

De derde component betreft de *need factors*. Een individu of zijn familie moet gezondheidsproblematiek of de mogelijkheid van gezondheidsproblematiek waarnemen voordat gebruik wordt gemaakt van gezondheidsinstellingen. De mate van de aanwezigheid van (fysieke en/of psychosociale) problemen geeft de meest directe oorzaak aan voor het gebruik van de gezondheidszorg.



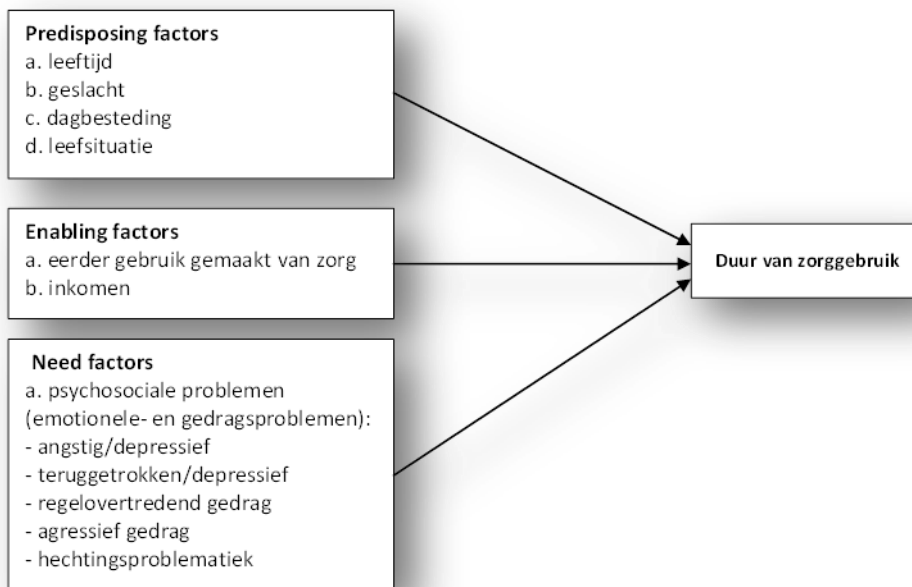
Figuur 3.1: *The initial Behavioral Model (1960's). Bron: Andersen, 1995.*

3.2 Model toegepast op zorggebruik door jongeren binnen de jeugdzorg

In het tweede deel van dit onderzoek zal het model van Andersen worden toegepast zodat gekeken kan worden naar zorggebruik door jongeren binnen de jeugdzorg. Onder zorggebruik wordt de duur van zorggebruik verstaan. Risicofactoren van zwerfgedrag worden in het model van Andersen geplaatst, waardoor de bijdragen daarvan op zorggebruik kunnen worden bestudeerd. De centrale probleemstelling van het huidige onderzoek luidt als volgt: “*Wat dragen risicofactoren van zwerfgedrag bij aan de duur van het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg?*”

3.2.1 De risicofactoren van zwerfgedrag en zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg

De risicofactoren van zwerfgedrag, zoals uiteen is gezet in hoofdstuk 2, zijn ingedeeld volgens het Social Behavior Model van Andersen in de *predisposing*, *enabling* en *need factors*.⁸ In figuur 3.2 staat het model en de factoren daarin schematisch weergegeven, zoals centraal staat in het huidige onderzoek. Elke factor wordt hieronder kort beschreven, waarna een hypothese wordt geformuleerd.



Figuur 3.2: Het Social Behavior Model toegespitst op het huidige onderzoek. Risicofactoren van zwerfgedrag van invloed op zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg.

Predisposing factors

Leeftijd. Uit de literatuur komen zeer uiteenlopende conclusies naar voren met betrekking tot de invloed van leeftijd op zorggebruik. Leeftijd wordt als een belangrijke factor genoemd in de relatie met zorggebruik (Andersen, 1995; Aday & Andersen, 1974; Perlman, 1971). Aan de ene kant zijn er studies die concluderen dat ouderen relatief een grotere kans hebben om gebruik te maken van zorg, aangezien ouderen een grotere kans hebben op fysieke problemen (Brink-Muinen in Schellevis, Westert, De Bakker, & Groenewegen 2004). Jongere mensen gedragen zich ongezonder dan oudere mensen, maar hebben tegelijkertijd een betere gezondheid en

⁸ Niet alle risicofactoren van zwerfgedrag zoals weergegeven in paragraaf 2.4 uit hoofdstuk 2 'Literatuuroverzicht zwerfjongeren' konden worden meegenomen in het onderzoeksmodel, omdat in dit onderzoek sprake is van een secundaire data-analyse waardoor niet alle risicofactoren van zwerfgedrag zijn gemeten.

maken minder vaak gebruik van zorg (Van Lindert, Droomers, & Westert, 2004). Aan de andere kant zijn er ook studies die concluderen dat kinderen en jongeren meer gebruik maken van zorg (Van Enk, 2002; Janicke, Finney, & Riley 2001; Janicke & Finney, 2000; 2003; Riley e.a., 1993). Uit onderzoek is tevens gebleken dat hoe ouder iemand is, hoe minder diegene gebruik maakt van zorg (Hensaw & Friedman-Doan, 2009; Vingillis e.a., 2007; Anderson & Bartkus, 1973). Verhulst en van der Ende (1997) hebben geen effect gevonden van leeftijd op zorggebruik. Er bestaat geen duidelijk beeld over de relatie van leeftijd met zorggebruik, maar de meeste onderzoeken laten wel een relatie zien. Daarom wordt de volgende hypothese opgesteld. *Hypothese 1: "Leeftijd heeft een relatie met de duur van het zorggebruik."*

Geslacht. Uit de onderzoeken van Burns e.a. (1995) en Van Enk (2002) komt naar voren dat jongens een hoger zorggebruik hebben dan meisjes. Aan de andere kant is in veel onderzoeken gevonden dat meisjes en vrouwen meer gebruik maken van zorgvoorzieningen (Vingillis e.a., 2007; Mangalore, 2006; Van Lindert e.a., 2004; Anderson & Bartkus, 1973). Dit kan komen omdat vrouwen ouder worden dan mannen en op oudere leeftijd neemt het zorggebruik toe. Tevens hebben vrouwen meer klachten dan mannen en rapporteren ze meer fysieke en psychische problemen (Van Lindert e.a., 2004). In andere onderzoeken is geen effect gevonden van geslacht op het zorggebruik (Verhulst & Van der Ende, 1997; Riley e.a., 1993; Perlman, 1971). Omdat in de meeste onderzoeken naar voren komt dat vrouwen en meisjes vaker gebruik maken van zorg is de volgende hypothese opgesteld. *Hypothese 2: "Meisjes maken langer gebruik van zorg dan jongens."*

Dagbesteding. Uit de literatuur komt naar voren dat werklozen en ook werkloze jongeren over het algemeen vaker te maken hebben met gezondheidsproblemen (Van Lindert e.a., 2004; Hammerström & Janlert, 2002). Werklozen maken vaker gebruik van zorg (Van Lindert e.a., 2004; Kraut, Mustard, Walld, & Tate, 2000; Jin, Shah & Svoboda, 1995). Dit geldt ook voor werkloze jongeren (Hammarström, Janlert, & Theorell, 1988). In het huidige onderzoek wordt verwacht dat 'niet meer naar school gaan' hetzelfde effect heeft op zorggebruik als werkloosheid, omdat het tevens gaat over het niet hebben van een dagbesteding. Daarnaast zijn schoolverlaters later vaak werkloos (Hammerström & Janlert, 2002). De volgende hypothese kan worden opgesteld. *Hypothese 3: "Jongeren zonder dagbesteding maken vaker gebruik van zorg dan de jongeren met een dagbesteding."*

Leefsituatie. Onder leefsituatie wordt verstaan in welke situatie de jongere woont, zoals de gezinssamenstelling. De gezinssamenstelling is een belangrijke factor voor het zorggebruik (Aday & Andersen, 1974). Van Enk (2002) beschrijft dat in de literatuur tegengestelde conclusies worden getrokken. Enerzijds concluderen studies dat eenoudergezinnen meer zorg gebruiken dan tweeoudergezinnen (Kunst, Meerding, Varenik, Polder, &

Mackenbach, 2007; Verhulst & Van der Ende, 1997). Anderzijds is geconcludeerd dat eenoudergezinnen minder zorg gebruiken (Vingillis e.a., 2007). Omdat meerdere onderzoeken concluderen dat eenoudergezinnen meer gebruik maken van zorg, wordt in deze studie de volgende hypothese opgesteld. *Hypothese 4: “Jongeren uit eenoudergezinnen maken langer gebruik van zorg dan tweoudergezinnen.”*

Enabling factors

Eerder gebruik gemaakt van zorg. Uit de literatuur blijkt dat mensen die al eerder gebruik hebben gemaakt van de zorg meer geneigd zijn om in de toekomst opnieuw aanspraak te maken op de gezondheidszorg (Andersen & Newman, 1973). De volgende hypothese kan hierbij worden opgesteld. *Hypothese 5: “Jongeren die in het verleden gebruik gemaakt hebben van zorg maken langer gebruik van zorg dan jongeren die in het verleden geen gebruik gemaakt hebben van zorg.”*

Inkomen/sociaaleconomische status. Inkomen wordt als een belangrijke factor gezien in relatie tot zorggebruik (Andersen, 1995). Er is een duidelijk verband tussen inkomen en gezondheid: mensen met een hoger inkomen zijn gezonder dan mensen met een lager inkomen (Sadiraj & Groot, 2006). Inkomen hangt ook samen met zorggebruik, maar er zijn verschillende conclusies. Wierdsma & Kampersman (2011) vonden in hun onderzoek dat de instroom van patiënten in de jeugd-ggz (0-18 jaar) hoger werd naarmate het inkomen lager werd. Dit komt overeen met een conclusie in een onderzoek van Sadiraj & Groot (2006) dat in Nederland mensen met een lager inkomen hoger scoren op zorggebruik. In ander onderzoek werd echter geen invloed van inkomen gevonden op een behandeling in de jeugd-ggz (0-19 jaar) (Verweij, 2011; Boon, De Haan, & de Boer, 2010). Omdat verschillende conclusies zijn getrokken in de literatuur, wordt in dit onderzoek de volgende hypothese opgesteld. *“Hypothese 6: Er is een relatie tussen inkomen en de duur van het zorggebruik.”*

Need factors

Psychosociale problemen (emotionele- en gedragsproblemen). Uit verscheidene onderzoeken komt naar voren dat psychosociale factoren van invloed blijken te zijn op zorggebruik. Jongeren met emotionele- en gedragsproblemen scoren hoger op zorggebruik dan jongeren zonder die problemen (Zwaanswijk, Van der Ende, Verhaak, Bensing, & Verhulst, 2007; Van Enk, 2002; Janicke e.a., 2001; Janicke & Finney, 2003; 2000; Verhulst & Van der Ende, 1997; Riley e.a., 1993; Costello e.a., 1988;). Antisociaal gedrag (zoals agressief gedrag en regel overtredend gedrag) hangt ook samen met hoger zorggebruik (Verhulst & Van der Ende, 1997). In het huidige onderzoek zal gekeken worden naar verschillende psychosociale problemen (emotionele- en gedragsproblemen), te weten: angstig en depressief, teruggetrokken en depressief, regel overtredend gedrag,

agressief gedrag en hechtingsproblematiek. De volgende hypothese wordt getoetst. *Hypothese 7: "Jongeren met psychosociale problemen maken langer gebruik van zorg dan jongeren die daar niet of minder mee te maken hebben."*

4. Data en methoden

Voor het tweede deel van dit onderzoek waarin de invloed van de risicofactoren van zwerfgedrag op de duur van zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg wordt onderzocht is met secundaire data-analyse gewerkt. In dit hoofdstuk wordt in paragraaf 4.1 de secundaire data-analyse, het kwantitatieve onderzoek besproken. In paragraaf 4.2 wordt vervolgens besproken hoe vanuit het onderzoeksmodel de concepten zijn geoperationaliseerd. In paragraaf 4.3 komt de onderzoeksgroep aan bod. Tot slot, in paragraaf 4.4 wordt een beschrijving van de analyses gegeven die zijn uitgevoerd.

4.1 Secundaire data-analyse, kwantitatief onderzoek

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van bestaande data die zijn verzameld binnen het reguliere hulpaanbod van een jeugdzorgaanbieder. Deze vorm van dataverzameling is bruikbaar voor de beantwoording van de onderzoeksvragen, omdat er voor een grote groep jongeren gegevens zijn over concepten die in het onderzoeksmodel staan. In deze paragraaf wordt beschreven wie de respondenten zijn, wat het proces van dataverzamelen is geweest en hoe de data zijn toegepast op het huidige onderzoek.

4.1.1 De respondenten

De respondenten voor dit onderzoek zijn geworven binnen een instelling voor jeugdzorg. De respondenten zijn cliënten en hun ouders/opvoeders. Deze cliënten hebben de zorg afgerond in de periode 1-9-2010 t/m 31-08-2011. De cliënten zijn jongeren van 13-19 jaar, waarbij ook de ouders worden betrokken bij de hulpverlening.

4.1.2 Proces van dataverzameling

De data zijn verzameld in de periode 1-9-2010 t/m 31-08-2011 door de hulpverleners in het reguliere hulpverleningsproces. Binnen deze instelling voor jeugdzorg wordt gewerkt vanuit het idee dat systematische dataverzameling en het oplossingsgerichte feedbackgesprek hierover leidt tot een effectievere hulpverlening. In tabel 4.1 hieronder wordt het proces van dataverzameling weergegeven dat relevant is voor het huidige onderzoek.

Tabel 4.1: Proces van dataverzameling.

Wat?	Wanneer?	Door wie?
1. Sociaal Demografische Informatie: Start- en einddatum van de behandeling (behandelduur), leeftijd, geslacht, leefsituatie, dagbesteding, eerder gebruik gemaakt van zorg, gemeente	Aanvang en afsluiting van hulpverlening	Hulpverlener heeft in een intakegesprek de kenmerken gevraagd aan de cliënt (ouder en/of jongere) en de informatie genoteerd.
2. Aard en ernst problematiek: opgroei- en ontwikkelingsproblemen bij jongeren, opvoedstress bij ouders	Aanvang en afsluiting van hulpverlening	Ouders/opvoeders: Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI) Jeugdigen: Youth Self-Report (YSR)

Bij elke nieuwe cliënt, zowel bij aanvang als bij afsluiting van de hulpverlening, worden data verzameld, waarbij gebruik gemaakt wordt van gestandaardiseerde vragenlijsten. Daarbij wordt informatie verzameld over de cliënt vanuit verschillende perspectieven: de jongere zelf, ouder(s)/opvoeder(s) en de hulpverlener. Deze gegevens worden door de hulpverlener besproken met de betrokkenen. Bij aanvang en afsluiting van de hulpverlening noteert de hulpverlener de Sociaal Demografische Informatie (SDI). Daarnaast vullen de ouders/opvoeders en jongeren tussen het eerste en tweede contact vragenlijsten in zodat deze tijdens het tweede contact besproken kunnen worden met de hulpverlener(s). De jongeren vullen de YouthSelf-Report (YSR) in (zie Bijlage 4) (Verhulst, Van der Ende, & Koot, 1997). De ouders vullen de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI) (zie Bijlage 5). De ouders/opvoeders en jongeren krijgen een link toegestuurd via email of een papieren versie van de vragenlijst (afhankelijk van de voorkeur van de cliënt). Mocht het niet mogelijk zijn voor de ouders of jongere om de vragenlijst zelfstandig in te vullen, bijvoorbeeld bij taalproblemen of een laag IQ, dan vult de hulpverlener de vragenlijst samen met de ouder en/of jongere in.

4.1.3 Toepassing van de data op het huidige onderzoek

Wat betreft de aard en ernst van de problematiek wordt in het huidige onderzoek alleen gebruik gemaakt van de data die bij aanvang van de hulp zijn verzameld, omdat in dit onderzoeksmodel de invloed van de risicofactoren bij aanvang van de zorg van belang is. In het huidige onderzoek worden met de SDI, YSR en NOSI de risicofactoren van zwerfgedrag gemeten die van invloed kunnen zijn op de duur van zorggebruik. De gegevens van de SDI, YSR en NOSI zijn oorspronkelijk verzameld in afzonderlijke bestanden en voor de huidige studie samengevoegd tot één databestand. Koppeling heeft plaatsgevonden op basis van respondentnummers. In de volgende paragraaf worden de operationalisaties van de concepten uit tabel 4.1 besproken in relatie tot de onderdelen van het onderzoeksmodel.

4.2 Operationalisaties

Voordat de hypothesen getoetst kunnen worden, moeten de variabelen die de invloed van de risicofactoren op het zorggebruik meten, geoperationaliseerd worden. In deze paragraaf worden de operationalisaties van de afhankelijke variabele zorggebruik en de risicofactoren van zwerfgedrag beschreven.

4.2.1 Zorggebruik, de afhankelijke variabele

Zorggebruik is geoperationaliseerd als de continue variabele 'behandelduur' en is gemeten door het totaal aantal maanden dat de jongere aan het behandeltraject heeft deelgenomen bij de zorgaanbieder. De behandelduur is geregistreerd door de hulpverlener bij afronding van het behandeltraject.

4.2.2 Codering geen invloed (0) versus wel invloed (1) op de duur van zorggebruik

De variabelen 'geslacht', 'dagbesteding', 'leefsituatie' in de *predisposing factors* en de variabele 'eerder gebruikt gemaakt van zorg' in de *enabling factors* zijn hergecodeerd in twee categorieën: code '0' en '1.' Hierbij geeft code '0' aan dat de desbetreffende categorie, naar verwachting, geen invloed heeft op de duur van zorggebruik. Code '1' geeft aan dat de categorie, naar verwachting, wel invloed heeft op de duur van zorggebruik.

4.2.3 *Predisposing factors*

Het onderzoeksmodel bevat als *predisposing factors* de variabelen 'leeftijd', 'geslacht', 'dagbesteding' en 'leefsituatie.' Deze variabelen zijn afkomstig uit de SDI dataset en zijn bij aanvang van het hulpverleningstraject door de hulpverlener geregistreerd. De variabelen zijn als volgt gemeten en geoperationaliseerd.

De continue variabele '*leeftijd*' (13 – 19) loopt van laag naar hoog.

De dichotome variabele '*geslacht*' is gecodeerd in 0 (man) en 1 (vrouw).

'*Dagbesteding bij aanvang van de hulp*' bestond uit negen antwoordmogelijkheden, te weten: voortgezet onderwijs, basisonderwijs, speciaal onderwijs, werk, geen dagbesteding, rebound, anders, onbekend of MBO. Deze categorieën zijn gedichotomiseerd in 'geen dagbesteding' (1) en 'wel dagbesteding' (0). Hierbij is 'anders' naar 'wel dagbesteding' (0) hergecodeerd en de categorie 'onbekend' is hergecodeerd als missende waarde.

De variabele '*leefsituatie bij de aanvang van hulp*' bestond uit vijftien antwoordmogelijkheden: 24-uursvoorziening, adoptief ouders, bij familie, eenouder-gezin, eenouder-gezin/geen biologische ouder, geen vaste verblijfplaats, gesloten jeugdzorg, pleeggezin/gezinshuis, pleegzorgplaats, residentiële voorziening, samenwonend, tweouder-gezin/beide biologische ouders, tweouder-gezin/een biologische ouder,

tweeouder-gezin/geen biologische ouders of zelfstandig. Ook hiervan is een dichotome variabele gemaakt: Tweeouder-gezin/beide biologische ouders, tweeouder-gezin/een biologische ouder, tweeouder-gezin/geen biologische ouders zijn hergecodeerd naar 'tweeouder-gezin' (0). De overige categorieën zijn hergecodeerd naar 'eenoudergezin en overige risicoleefsituaties' (1). Dit onderscheid is gemaakt op basis van de literatuur waarin naar voren kwam dat een eenoudergezin een risicovolle leefsituatie is die van invloed kan zijn op het zorggebruik (Kunst e.a., 2007; Verhulst & Van der Ende, 1997; Aday & Andersen, 1974). De variabele 'leefsituatie bij aanvang van hulp' in de dataset bestond uit meer categorieën dan eenouder- en tweeouder-gezin. Naast eenouder-gezin werden de overige categorieën in het huidige onderzoek daarom ook als risicovolle leefsituaties gezien, zoals gesloten jeugdzorg, pleeggezin en residentiële voorziening. Deze categorieën zijn dus meegenomen in de hercodering in de categorie 'eenoudergezin en overige risicoleefsituaties' (1).

4.2.4 *Enabling factors*

Het onderzoeksmodel bevat als *enabling factors* de variabelen 'eerder gebruik gemaakt van zorg' en 'inkomen.' De variabelen zijn afkomstig uit de SDI dataset.

De variabele 'eerder gebruik gemaakt van zorg' bestond uit de volgende negen antwoordmogelijkheden: (school)maatschappelijk werk, jeugd- en opvoedhulp, jeugd- en opvoedhulp ambulant, psychiatrie, reclassering, crisisopvang/interventie, gevangenisstraf, nee of andere typen voorafgaande hulp. De variabele is gedichotomiseerd in: 'wel eerder gebruik gemaakt van zorg' (1) en 'niet eerder gebruik gemaakt van zorg' (0). De antwoordmogelijkheid 'nee' valt onder de categorie 'niet eerder gebruik gemaakt van zorg' en alle overige antwoordmogelijkheden vallen onder 'wel eerder gebruik gemaakt van zorg.'

Voor de variabele 'inkomen' is gebruik gemaakt van een proxy variabele, omdat het inkomen van de respondenten niet is gemeten, maar de gemeente waarin de respondenten wonen wel is geregistreerd. Op de website van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) wordt vermeld hoeveel het besteedbaar inkomen per huishouden per gemeente is op jaarbasis in 2009 (de meest recente gegevens). Op basis van de gemeente waarin de respondenten wonen is een koppeling gemaakt met het gemiddelde besteedbare inkomen per huishouden in de gemeente. Inkomen is als een continue variabele betrokken in het onderzoek.

4.2.5 *Need factors*

De *need factors*, de psychosociale problemen, bestaan ten eerste uit de variabelen 'angstig/depressief', 'teruggetrokken/depressief', 'agressief gedrag' en 'regel overtredend gedrag'. Deze variabelen zijn gemeten door middel van de vragenlijst *YouthSelf-Report* (YSR) (zie Bijlage 4). De YSR is een vragenlijst die wordt ingevuld

door jongeren van 11 – 18 jaar waarbij de vragenlijst vanuit het perspectief van de jongere de vaardigheden en het emotionele- en probleemgedrag meet (Verhulst e.a., 1997). De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN)⁹ heeft in 1999 de begripsvaliditeit, de criteriumvaliditeit en de normen van de YSR als voldoende beoordeeld (Evers, Van Vliet-Mulder, & Groot, 2006). Daarnaast blijkt de interne consistentie van de YSR internationaal goed te zijn (Achenbach et al., 2008). Dit betekent dat het meetinstrument meet wat het beoogt te meten.

De schaal '*angstig/depressief*' bestaat uit acht items, bijvoorbeeld: 'ik voel mij eenzaam' en 'ik pieker veel, maak me veel zorgen.' De schaal '*teruggetrokken/depressief*' bestaat uit dertien items, bijvoorbeeld: 'ik heb het gevoel dat niemand van mij houdt' en 'ik voel me ongelukkig, verdrietig of gedeprimeerd.' De schaal '*regel overtredend gedrag*' bestaat uit vijftien items, bijvoorbeeld: 'ik lieg of bedrieg' en 'ik doe zomaar iets zonder er bij na te denken.' De schaal '*agressief gedrag*' bestaat uit zeventien items, bijvoorbeeld: 'ik maak veel ruzie' en 'ik ben snel aangebrand of driftig.' Voor de hele YSR geldt dat de respondenten bij elk item het gevraagde gedrag kunnen scoren op een driepuntschaal, zoals dit op het moment van invullen is of binnen de afgelopen zes maanden is geweest. De antwoordmogelijkheden zijn 'helemaal niet van toepassing (0)', 'een beetje of soms van toepassing (1)' of 'duidelijk of vaak van toepassing (2)'. Voor elke schaal betekent een hogere score, meer problematiek.

Als tweede bestaan de *need factors* ook uit de variabele 'hechtingsproblematiek.' Deze variabele is gemeten met behulp van de NOSI (zie Bijlage 5). De NOSI is een gezinsdiagnostisch instrument die wordt ingevuld door de ouders. Hierbij is het doel om na te gaan in hoeverre in de beleving van ouders sprake is van een zekere mate van stress of belasting vanuit diverse oorzaken binnen de context van de opvoeding van een kind (De Brock, Vermulst, Gerris, & Abidin, 1992). De COTAN heeft in 1996 de betrouwbaarheid, begripsvaliditeit en de criteriumvaliditeit van de NOSI als voldoende beoordeeld (Evers, Van Vliet-Mulder, & Groot, 2000). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de gevonden samenhangen in de lijn der verwachting liggen, en dat de begripsvaliditeit bevredigend is.

De schaal '*hechtingsproblematiek*' bestaat uit negen items, bijvoorbeeld: 'soms denk ik dat ik niet zo'n hechte band heb met mijn kind' en 'vaak begrijp ik mijn kind niet.' Bij beantwoording van de items in de vragenlijst lopen de antwoordmogelijkheden van helemaal mee oneens tot helemaal mee eens op een vierpuntschaal. Een hogere score betekent meer hechtingsproblematiek. Deze schaal meet de mate waarin de

⁹De COTAN van het Nederlands Instituut van Psychologen beschrijft en beoordeelt de kwaliteit van psychodiagnostische instrumenten in Nederland. De instrumenten worden beoordeeld op basis van criteria als testconstructie, uitvoering van de handleiding en het testmateriaal, betrouwbaarheid en validiteit (Website Nederlands Jeugd Instituut).

ouder zich emotioneel verbonden voelt met het kind en in staat is om gevoelens van het kind te begrijpen. Bij onvoldoende hechting kan de ouder-kind relatie worden gekenmerkt door kil en afstandelijk gedrag (De Brock e.a., 1992).

Van de schaalscores YSR en NOSI naar coderingen

Per schaal is een schaalscore gemaakt door de waarden van de items bij elkaar op te tellen. Van de Z-scores zijn deviatiescores gemaakt. Deze manier van coderen wordt door onderzoekers algemeen gebruikt voor de vragenlijsten YSR en NOSI en is door de COTAN uitgebreid getest en als voldoende beoordeeld (COTAN, 1999). Een deviatiescore zegt iets over de afwijking (deviatie) van een score op een vragenlijst ten opzichte van een norm (Kroes & Pijnenburg, 2006; Peters, Huisman, & Emmerik-Levelt, 1999). Een deviatie van nul betekent dat de score van een jongere vergelijkbaar is met die van de gemiddelde landelijke normgroep (Kroes & Pijnenburg, 2006). Hierbij geldt: hoe hoger de deviatiescore, hoe groter de afwijking van de gemiddelde landelijke normgroep in de maatschappij. De volgende indelingen worden gehanteerd (Veerman, 2008): de laagste score tot de deviatie van 1.036 de status 'geen problemen van betekenis' (0) en deze scores behoren tot de gemiddelde landelijke normgroep. De scores 1.036 tot 1.644 heeft de status 'matige tot aanzienlijke problemen' (1) en is één standaarddeviatie boven de gemiddelde landelijke normgroep. De scores vanaf 1.645 tot hoogste scores heeft de status 'ernstige problemen' (2).

4.3 Onderzoeksgroep

De cliënten zijn jongeren tussen de 13 en 19 jaar die uitgestroomd zijn tussen 1-9-2010 tot en met 31-8-2011 en maakten deel uit van verschillende behandelprogramma's, bijvoorbeeld crisishulp of ambulante zorg. Bij alle cliënten van de jeugdzorgaanbieder is sociaal demografische informatie genoteerd en zijn er vragenlijsten afgenomen. In elk databestand was sprake van een verschillende omvang van respondenten. Uitgangspunt was de individuele jongere, waarvan het respondentnummer en de achtergrondvariabelen zijn geregistreerd in het SDI bestand (N=658). Vervolgens is de selectie gemaakt van de jongeren die de zorg hebben afgerond voor 31-8-2011 (N=522). De volledige onderzoeksgroep bestaat dus uit 522 respondenten. Daarna zijn via het respondentnummer de gegevens gekoppeld vanuit de YSR en de NOSI bestanden. Uit de databestanden blijkt dat niet voor elke cliënt alle vragenlijsten worden ingevuld. Soms ontbreekt informatie van de hulpverleners, soms van de jongere zelf, of soms van de ouders/opvoeders. In het huidige onderzoek konden uiteindelijk 150 respondenten worden betrokken, die informatie hadden op de benodigde variabelen. Van de oorspronkelijke 522 respondenten, vielen 372 respondenten af vanwege missende waarden. Er is dus sprake van een groot

aantal missende waarden. Daarom is een non-response analyse uitgevoerd (Zie Bijlage 6) tussen de groep die wel is meegenomen in de analyse en de groep die niet is meegenomen in de analyse. Er blijkt weinig verschil te zijn tussen de groep die wel is meegenomen in de analyse en de groep die niet is meegenomen in de analyse.

4.4 Analyseopzet

De gegevens zijn met SPSS geanalyseerd. Ten eerste worden frequentietabellen en percentages gepresenteerd voor de afhankelijke variabele zorggebruik (behandelduur in maanden) en de variabelen van de *predisposing*, *enabling* en *need factors*.

Ten tweede is een lineaire regressieanalyse uitgevoerd waarbij de variabelen in eerste instantie univariaat zijn getoetst. De univariate regressieanalyse heeft als doel om na te gaan welke variabelen uit de *predisposing* (leeftijd, geslacht, dagbesteding, leefsituatie), *enabling* (voorafgaande hulp en inkomen) en *need factors* (angstig/depressief, teruggetrokken/depressief, regel overtredend gedrag, agressief gedrag en hechtingsproblematiek) worden betrokken in de multiple regressieanalyse (p -waarde < 0.20). In de univariate regressieanalyse is tweezijdig getoetst. Hierbij wordt het verband tussen elke onafhankelijke variabele en de afhankelijke variabele zorggebruik getoetst.

Ten derde is een multiple regressieanalyse uitgevoerd met de Enter-methode. Er is gekozen voor een hiërarchische multiple regressieanalyse, omdat deze methode er vanuit gaat dat op basis van gevonden verbanden een selectie wordt gemaakt van de relevante onafhankelijke variabelen in de verschillende stappen van de regressieanalyse (Field, 2009). In de eerste stap zijn de *predisposing* en *enabling factors* toegevoegd om het verschil te zien tussen de invloed van de factoren op de afhankelijke variabele de duur van het zorggebruik. In de tweede stap worden de *need factors* toegevoegd. Het significantieniveau in het multiple model is $p < 0.05$. In de multiple regressieanalyse is tweezijdig getoetst.

Tot slot moet er bij het uitvoeren van de multiple lineaire regressieanalyse aan de volgende assumpties worden voldaan: onafhankelijkheid, lineariteit, homoscedasticiteit, multicollineariteit en normaliteit. Deze assumpties zijn getoetst. Als er niet aan die assumpties wordt voldaan, dan kan de getrokken conclusie uit de analyse onjuist zijn (Miles & Shevlin, 2001). Aan de assumpties is in dit onderzoek voldaan en er zijn geen problemen voor de regressieanalyse. Een verdere toelichting over de assumpties is te vinden in Bijlage 7.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken van de analyses. In paragraaf 5.1 wordt een beschrijving gegeven van alle variabelen in het onderzoeksmodel. In paragraaf 5.2 worden de resultaten van de univariate regressieanalyse besproken. Vervolgens wordt in paragraaf 5.3 de multiple regressieanalyse besproken.

5.1 Beschrijvende statistiek

In tabel 5.1 wordt een beschrijving van de variabelen in het onderzoeksmodel gegeven. Per cluster, *predisposing*, *enabling* en *need factors*, worden de variabelen gepresenteerd en een frequentieverdeling of een gemiddelde, standaarddeviatie en range gegeven.

Tabel 5.1: Beschrijving van de variabelen in het onderzoeksmodel onderverdeeld in de afhankelijke variabele zorggebruik, predisposing, enabling en need factors.

Variabele	Frequentieverdeling of gemiddelde		N
Zorggebruik			
Behandelduur in maanden	Gemiddelde	4,7	522
	Standaarddeviatie	6,0	
	Min - max	0 - 44	
Predisposing factors			
Leeftijd in jaren	Gemiddelde	15,3	522
	Standaarddeviatie	1,4	
	Min – max	13 - 19	
Geslacht	Man	48,7%	522
	Vrouw	51,3%	
Dagbesteding	Wel	93.2%	444
	Geen	6,8%	
Leefsituatie	Tweeouder-gezin	44,8%	453
	Eenoudergezin en overige risicoleefsituaties	55,2%	
	Enabling factors		
Eerder gebruik gemaakt van zorg	Nee	35,0%	254
	Ja	65,0%	
Inkomen per huishouden op jaarbasis in euro's	Gemiddelde	32.343	492
	Standaarddeviatie	2.042	
	Min - max	28.100 - 37.300	
Need factors (psychosociale problemen)*			
Angstig/depressief	Normaal	79,1%	301
	Grensgebied	5,6%	
	Verhoogd	15,3%	
Teruggetrokken/depressief	Normaal	65,8%	301
	Grensgebied	16,9%	
	Verhoogd	17,3%	
Regel overtredend gedrag	Normaal	45,2%	301
	Grensgebied	13,0%	
	Verhoogd	41,9%	
Agressief gedrag	Normaal	66,4%	301
	Grensgebied	13,0%	
	Verhoogd	20,6%	
Hechtings-problematiek	Normaal	36,6%	295
	Grensgebied	14,6%	
	Verhoogd	49,2%	

*Statusindelingen van de *need factors*: normaal (0)= geen problemen van betekenis; grensgebied (1) = matige tot aanzienlijke problemen van betekenis; verhoogd (2) = ernstige problemen.

Uit de tabel komt naar voren dat 4,7 maanden de gemiddelde behandelduur is van de jongeren in dit onderzoek. De range hierbij is 0 tot en met 44 maanden. Met een standaarddeviatie van zes valt het op dat er een grote spreiding is ten opzichte van de gemiddelde behandelduur. Van alle psychosociale problemen komt hechtingsproblematiek het meest voor onder de jongeren: 49,2% van de jongeren vertoont hierbij ernstige

problemen en 14,6% heeft matige tot aanzienlijke problemen op dat gebied. Daarna komt regel overtredend gedrag het meest voor onder de jongeren: 41,9% ernstige problemen en 13,0% heeft matige tot aanzienlijke problemen op dat gebied. De meeste jongeren hebben eerder zorg ontvangen door de hulpverlening (65,0%). Tevens komt iets meer dan de helft van de jongeren uit eenoudergezinnen of andere risico-leefsituaties (55,2%). Verder hebben de meeste jongeren geen problemen van betekenis op het gebied van angstig/depressief (79,1%), teruggetrokken/depressief (65,8%) en agressief gedrag (66,4%). Ook hebben verreweg de meeste jongeren een dagbesteding (93,2%). Tot slot is de gemiddelde leeftijd van de jongeren 15,3 jaar, zijn er iets meer meisjes (51,3%) dan jongens (48,7%) en het gemiddelde inkomen per huishouden op jaarbasis is 32.343 euro.

5.2 Univariate regressieanalyse

In tabel 5.2 worden de resultaten weergegeven van de univariate regressieanalyse met daarin de risicofactoren van zwerfgedrag die een rol spelen bij zorggebruik.

Tabel 5.2: Univariate lineaire regressieanalyse met zorggebruik (behandelduur in maanden) als afhankelijke variabele met de variabelen uit de clusters predisposing, enabling en need factors.

Variabelen	B	SE B	Beta	P
Predisposing factors				
Leeftijd (laag – hoog)	0,37	0,19	0,08**	0,06
Geslacht (0=man, 1=vrouw)	-0,73	0,53	-0,06*	0,17
Dagbesteding (0=wel, 1=geen)	1,50	1,04	0,07*	0,15
Leefsituatie (0=tweeoudergezin, 1=eenoudergezin e.a. risico-leefsituaties)	0,94	0,54	0,08**	0,08
Enabling factors				
Eerder gebruik gemaakt van zorg (0=nee, 1=ja)	1,49	0,42	0,22****	0,00
Inkomen per huishouden (laag – hoog)	-0,13	0,15	-0,04	0,99
Need factors (psychosociale problemen)				
Angstig/depressief	-0,22	0,44	-0,03	0,63
Teruggetrokken/depressief	-0,35	0,42	-0,05	0,41
Regel overtredend gedrag	-0,32	0,35	-0,05	0,35
Agressief gedrag	-0,29	0,40	-0,04	0,47
Hechtingsproblematiek	0,68	0,33	0,12***	0,04

**** significant bij $p > 0,01$; *** significant bij $p < 0,05$; ** significant bij $p < 0,10$; *significant bij $p < 0,20$; tweezijdige toets.

In de univariate regressieanalyse blijkt dat 'eerder gebruik gemaakt van zorg' het sterkste verband heeft met behandelduur. Jongeren die eerder gebruik hebben gemaakt van zorg, hebben een langere behandelduur ($\beta=0,22$; $p<0,01$). Daarna heeft hechtingsproblematiek een sterk verband met behandelduur. Naarmate er sprake is van een grotere hechtingsproblematiek, hoe langer de behandelduur ($\beta=0,12$; $p<0,05$). Vervolgens zijn leeftijd en de leefsituatie van invloed op behandelduur ($p<0,10$). Hoe ouder de jongeren zijn, des te langer de behandelduur ($\beta=0,08$; $p<0,10$). En jongeren in eenoudergezinnen en andere risicoleefsituaties hebben een langere behandelduur dan jongeren in tweeouder-gezinnen ($\beta=0,08$; $p<0,10$). Tot slot hebben geslacht en dagbesteding ook een verband met behandelduur ($p<0,20$). Jongens hebben een langere behandelduur dan meisjes ($\beta=-0,06$; $p<0,20$). En de jongeren die geen dagbesteding hebben, hebben een langere behandelduur dan degenen die wel een dagbesteding hebben ($\beta=0,07$; $p<0,20$). Angstig/depressief, teruggetrokken/depressief, regel overtredend gedrag, agressief gedrag en inkomen bleken geen verband te hebben met behandelduur in maanden.

5.3 Multiple regressieanalyse

Op basis van de univariate regressieanalyse zijn de belangrijkste risicofactoren van zwerfgedrag geïdentificeerd die van invloed zijn op de duur van het zorggebruik. Dit zijn de volgende factoren van de *predisposing factors*: leeftijd, geslacht, dagbesteding en leefsituatie. Van de *enabling factors* is de factor 'eerder gebruik gemaakt van zorg' meegenomen. Vervolgens is van de *need factors* de factor 'hechtingsproblematiek' toegevoegd. Deze factoren zijn in multiple regressieanalyse getoetst en er is gekeken in hoeverre zij de duur van zorggebruik kunnen verklaren. De *predisposing factors* en *enabling factors* zijn toegevoegd in het eerste model en de *need factor* is toegevoegd in het tweede model. In tabel 5.3 zijn de resultaten weergegeven van de multiple regressieanalyse.

Tabel 5.3: Resultaten van de univariate regressieanalyse en de multiple lineaire regressieanalyse met zorggebruik (behandelduur in maanden) als afhankelijke variabele met de als belangrijk geïdentificeerde variabelen uit de univariate regressieanalyse.

	Model 1		Model 2	
	Beta	P	Beta	P
Predisposing factors				
Leeftijd (laag – hoog)	-0,16	0,06	-0,14	0,09
Geslacht (0=man, 1=vrouw)	0,05	0,56	0,04	0,63
Dagbesteding (0=wel, 1=geen)	0,09	0,27	0,07	0,42
Leefsituatie (0=tweeoudergezin, 1 = eenoudergezin e.a. risicoleefsituaties)	0,01	0,94	0,06	0,50
Enabling factors				
Eerder gebruik gemaakt van zorg (0=nee, 1=ja)	0,10	0,25	0,07	0,41
Inkomen (laag – hoog)				
Need factors				
Hechtingsproblematiek (geen – ernstige problemen)			0,24***	0,00
	$R^2=0,04$ $R^2 (adj) =0,00$		$R^2=0,09^{**}$ $R^2 (adj) =0,05$	

*** significant bij $p<0,01$; tweezijdige toets; N=150.

Model 1 uit tabel 5.3 is niet significant ($F=1.12$; $p>0,05$) en verklaart 0% van de variatie in de duur van het zorggebruik ($R^2_{adjusted} = 0,00$). Het tweede model met de toegevoegde variabele 'hechtingsproblematiek' is een significant model ($F(8,64)=2,42$; $p<0,05$) en laat een grotere proportie verklaarde variantie zien dan het eerste model ($R^2_{adjusted}=0,05$). Dit betekent dat het tweede model met de variabele 'hechtingsproblematiek' beter de variantie van de duur van het zorggebruik verklaart. Hechtingsproblematiek heeft hierbij een significante invloed op de duur van zorggebruik ($\beta=0,24$; $p<0,01$): hoe groter de hechtingsproblematiek, hoe langer de duur van zorggebruik. De overige variabelen, leeftijd, geslacht, dagbesteding, leefsituatie, eerder gebruik gemaakt van zorg en inkomen hebben in model 1 en 2 geen verband met de duur van zorggebruik.

6. Conclusie & discussie

In deze scriptie is onderzoek gedaan naar de risicofactoren van zwerfgedrag en de verklaring die deze risicofactoren bieden voor de duur van zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg. In dit laatste hoofdstuk worden de conclusies van het tweede deel van het huidige onderzoek gegeven. In paragraaf 6.1 worden de hypothesen besproken en wordt vervolgens een antwoord gegeven op de probleemstelling: “Wat dragen risicofactoren van zwerfgedrag bij aan de duur van het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg?” Daarna wordt in paragraaf 6.2 een discussie gevoerd over het huidige onderzoek en de uitkomsten van dit onderzoek. Tot slot worden in paragraaf 6.3 aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek en voor de praktijk.

6.1 Overkoepelende probleemstelling

De invloed van een aantal risicofactoren van zwerfgedrag op zorggebruik is in het huidige onderzoek bestudeerd met behulp van het *Social Behavior Model* van Andersen. In paragraaf 6.1.1 worden de hypothesen besproken en daarmee wordt een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: ‘*Welke risicofactoren zijn van invloed op de duur van het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg?*’ Vervolgens wordt in paragraaf 6.1.2 de overkoepelende probleemstelling beantwoord: ‘*Wat dragen risicofactoren van zwerfgedrag bij aan de duur van het zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg?*’

6.1.1 Hypothesen

Per hypothese wordt het resultaat van het huidige onderzoek toegelicht en teruggekoppeld naar de bevindingen uit de literatuur.

Predisposing factors, de rol van leeftijd, geslacht, dagbesteding en leefsituatie op de duur van zorggebruik

Hypothese 1: “Leeftijd heeft een relatie met de duur van zorggebruik.” Leeftijd blijkt geen effect te hebben op de duur van het zorggebruik. Dat leidt tot het verwerpen van de hypothese. Alhoewel er in de literatuur vaak wel een relatie tussen leeftijd en zorggebruik is gevonden (Vingillis e.a., 2007; Van Lindert e.a., 2004; Janicke e.a., 2001), komt het resultaat uit het huidige onderzoek overeen met een onderzoek van Verhulst en van der Ende (1997) waarbij tevens geen effect is gevonden van leeftijd op zorggebruik.

Hypothese 2: “Meisjes maken langer gebruik van zorg dan jongens.” In dit onderzoek wordt geen samenhang gevonden tussen geslacht en de duur van zorggebruik, wat leidt tot het verwerpen van de hypothese. Het

resultaat uit dit onderzoek komt niet overeen met het merendeel van voorgaand onderzoek waarin naar voren komt dat vrouwen en meisjes meer gebruik maken van zorg (Vingillis e.a., 2007; Mangalore, 2006; Van Lindert e.a., 2004; Anderson & Bartkus, 1973). Echter, ook in andere onderzoeken zijn verschillende conclusies getrokken wat betreft de relatie tussen geslacht en zorggebruik. Zoals studies die laten zien dat jongens een hoger zorggebruik hebben dan meisjes (Van Enk, 2002; Burns e.a., 1995). Het resultaat uit het huidige onderzoek komt overeen met een aantal andere onderzoeken waarbij ook geen effect is gevonden van geslacht op zorggebruik (Verhulst & Van der Ende, 1997; Riley e.a., 1993; Perlman, 1971).

Hypothese 3: “Jongeren zonder dagbesteding maken langer gebruik van zorg dan de jongeren met een dagbesteding.” In het huidige onderzoek blijkt dagbesteding niet van invloed op de duur van zorggebruik. Dit leidt tot het verwerpen van hypothese drie. Dit resultaat komt niet overeen met onderzoek waarbij werklozen meer gebruik maken van zorg (Van Lindert e.a., 2004; Kraut, Mustard, Walld, & Tate, 2000; Jin, Shah & Svoboda, 1995). Dit geldt ook voor werkloze jongeren, zij maken ook meer gebruik van zorg (Hammarström, Janlert, & Theorell, 1988).

Hypothese 4: “Jongeren uit eenoudergezinnen (en overige risicoleefsituaties) maken langer gebruik van zorg dan jongeren in tweeouder-gezinnen.” Er is geen verband gevonden tussen de leefsituatie en de duur van zorggebruik. Dit leidt tot het verwerpen van hypothese vier. Het resultaat komt niet overeen met andere onderzoeken waarin wordt geconcludeerd dat eenoudergezinnen meer gebruik maken van zorg (Kunst e.a., 2007; Verhulst & Van der Ende, 1997).

Enabling factors, de rol van eerder gebruik gemaakt van zorg en inkomen op de duur van zorggebruik

Hypothese 5: “Jongeren die in het verleden gebruik hebben gemaakt van zorg maken meer gebruik van zorg dan jongeren die in het verleden geen gebruik hebben gemaakt van zorg.” In het huidige onderzoek is geen effect gevonden van ‘eerder gebruik maken van zorg’ op de duur van zorggebruik. Dit leidt tot het verwerpen van hypothese vijf. Dit resultaat komt niet overeen met de literatuur waarin blijkt dat mensen die al eerder gebruik gemaakt hebben van zorg, geneigd zijn opnieuw aanspraak te maken op zorg (Andersen & Newman, 1973).

Hypothese 6: “Er is een relatie tussen inkomen en de duur van zorggebruik.” In dit onderzoek is geen samenhang tussen inkomen en de duur van zorggebruik gevonden. Dit leidt tot het verwerpen van hypothese zes. Dit is een tegenstelling met conclusies uit eerdere onderzoeken waarin naar voren komt dat inkomen een invloed heeft op

zorggebruik (Wierdsma & Kampersman, 2011; Sadiraj & Groot, 2006; Andersen, 1995). Echter, het resultaat uit dit onderzoek komt overeen met Boon e.a. (2010) en Verweij (2011) waarin ook geen invloed van inkomen op zorggebruik is gevonden.

Need factors, de rol van psychosociale problemen op de duur van zorggebruik

Hypothese 7: “Jongeren die te maken hebben met psychosociale problemen maken langer gebruik van zorg dan jongeren die daar niet of minder mee te maken hebben.” In het huidige onderzoek heeft de factor ‘hechtingsproblematiek’ van de psychosociale problemen invloed op de duur van zorggebruik. Kinderen en jongeren met meer hechtingsproblemen ontvangen langer zorg. Enerzijds komt dit resultaat overeen met eerder onderzoek waaruit blijkt dat jongeren met emotionele en gedragsproblemen hoger scoren op zorggebruik dan jongeren zonder die problemen (Zwaanswijk e.a., 2007; Van Enk, 2002; Janicke e.a., 2001; Janicke & Finney, 2000; 2003; Verhulst & Van der Ende, 1997; Riley e.a., 1993; Costello e.a., 1988). Anderzijds is het opvallend dat van de vijf onderzochte factoren die psychosociale problemen meten hechtingsproblemen de enige factor is die een relatie heeft met de behandelduur. Angstig/depressief, teruggetrokken/depressief, regel overtredend gedrag en agressief gedrag blijken geen bijdrage te hebben op de duur van zorggebruik van de jongere. Dat is opvallend omdat in ander onderzoek verbanden zijn gevonden wat betreft de invloed van emotionele en gedragsproblemen op het zorggebruik (Zwaanswijk e.a., 2007; Van Enk, 2002; Janicke e.a., 2001; Janicke & Finney, 2000; 2003; Verhulst & Van der Ende, 1997; Riley e.a., 1993; Costello e.a., 1988). Voor hypothese zeven is dus gedeeltelijk ondersteuning gevonden, namelijk dat hechtingsproblematiek van invloed is op de duur van zorggebruik.

6.1.2. Beantwoording probleemstelling

Hechtingsproblematiek uit de cluster psychosociale problemen blijkt een significante voorspeller te zijn van de duur van zorggebruik: hoe meer hechtingsproblematiek, des te langer de duur van de zorg. Dit is in het huidige onderzoek bovendien de enige significante voorspeller van de duur van zorggebruik. Alle andere onderzochte factoren in dit onderzoek; leeftijd, geslacht, dagbesteding, leefsituatie, eerder gebruik van zorg, inkomen en de andere psychosociale problemen bleken de duur van zorggebruik niet te voorspellen. Opvallend in dit onderzoek is dat in de literatuurstudie naar de risicofactoren van zwerfgedrag eveneens naar voren is gekomen dat hechtingsproblematiek (verwaarlozing, nalatigheid, afwijzing en wantrouwen) een belangrijke voorspeller is van zwerfgedrag (Thompson & Pillai, 2006; Tavecchio, e.a., 1999). Kortom, uit dit onderzoek komt dus naar voren

dat hechtingsproblematiek een belangrijke voorspeller is van zwerfgedrag van jongeren én van de duur van zorggebruik van jongeren in de jeugdzorg.

6.2 Discussie

In de discussie worden sterke- en discussiepunten van de volgende onderwerpen uiteengezet. Allereerst wordt het onderzoeksmodel van dit onderzoek besproken. Vervolgens worden de mogelijke verklaringen over de afwijkende bevindingen (de verworpen hypothesen) in dit onderzoek ten opzichte van andere onderzoeken besproken. Daarna wordt de onderzoeksgroep besproken, vervolgens de secundaire data-analyse en tot slot komen enkele variabelen aan bod.

6.2.1 Het onderzoeksmodel

Aan de hand van het *Social Behavior Model* van Andersen (1995, 2008; Andersen & Newman, 1973) zijn de factoren die van invloed zijn op de duur van zorggebruik geïdentificeerd. Het model van Andersen is vanaf 1960 een veelgebruikt model dat zorggebruik probeert te verklaren. Dit model richt zich op sociale factoren en is alomvattend, aangezien alle factoren die van invloed zouden kunnen zijn op het zorggebruik in dit model opgenomen kunnen worden (Smits e.a., 2002). Een sterk punt in het huidige onderzoek is dat op basis van het model van Andersen de risicofactoren van zwerfgedrag gerelateerd zijn aan de duur van zorggebruik. De koppeling tussen risicofactoren van zwerfgedrag als mogelijke verklarende factoren van de duur van zorggebruik, welke nog niet eerder in onderzoeken is gelegd, heeft ertoe geleid dat dit onderwerp in een breder kader is geplaatst.

Een ander sterk punt in het huidige onderzoek is het gebruik van zowel univariate als multiple analyses. In onderzoek naar zorggebruik wordt deze manier van analyseren aanbevolen (Janicke & Finney, 2000). Want naast univariate toetsing, waarbij het unieke verband tussen elke onafhankelijke en afhankelijke variabele wordt getoetst, is het van belang om ook naar de onderlinge samenhang tussen variabelen in het model te kijken in een multiple toetsing. Zo bleek in het huidige onderzoek dat de vijf factoren, ‘eerder gebruik gemaakt van zorg’, ‘leeftijd’, ‘leefsituatie’, ‘geslacht’ en ‘dagbesteding’ in de univariate toetsing wel een effect hadden op zorggebruik, maar in de multiple toetsing geen effect meer hadden op zorggebruik. Daarentegen bleek hechtingsproblematiek als enige voorspellende factor van de duur van zorggebruik overeind te blijven staan in de multiple toetsing.

Ondanks dat hechtingsproblematiek als enige voorspeller van de duur van zorggebruik naar voren is gekomen, is in dit onderzoek met het onderzoeksmodel weinig verklaarde variantie gevonden. Dat is een

kanttekening bij het huidige onderzoek, want dit betekent dat de resultaten en aanbevelingen voor vervolgonderzoek en praktijk genuanceerd moeten worden.

6.2.2 Mogelijke verklaringen verworpen hypothesen

Het is de vraag of het onderzoeksmodel zoals gebruikt in het huidige onderzoek wel geschikt is, want behalve dat weinig verklaarde variantie met het onderzoeksmodel is gevonden, zijn bijna alle hypothesen in het huidige onderzoek verworpen. Dat is opvallend, omdat in andere onderzoeken wel verbanden zijn gevonden over de invloed van de getoetste factoren op zorggebruik.

Ten eerste kan dit liggen aan verschillende gebruikte definities en concepten. Bijvoorbeeld, behandelduur in maanden is als operationalisatie van het concept zorggebruik genomen in het huidige onderzoek. Het kan zijn dat een variabele wat betreft zorggebruik die meer inhoudelijk van aard is, zoals de type zorg, voor meer significante resultaten had gezorgd.

Ten tweede kan dit komen omdat in het huidige onderzoeksmodel, door secundaire data-analyse, niet alle risicofactoren van zwerfgedrag zoals gevonden in de literatuur konden worden meegenomen in het onderzoeksmodel. Het kan namelijk zijn dat er toch andere risicofactoren van zwerfgedrag van belang zijn op de duur van zorggebruik dan de risicofactoren die in het huidige onderzoek zijn betrokken, zoals het opleidingsniveau en alcohol- en drugsgebruik dat samenhang vertoont met zorggebruik (Ariëns, Middelkoop, Smilde-van den Doel, & Struben, 2006).

Ten derde zijn in het huidige onderzoek de risicofactoren van zwerfgedrag toegepast op jongeren in de jeugdzorg. Dit kan niet sensitief genoeg zijn geweest. Dit zou betekenen dat de toepassing van het huidige onderzoeksmodel met risicofactoren van zwerfgedrag niet goed aansloot op de onderzoeksgroep jongeren in de jeugdzorg.

6.2.3 De onderzoeksgroep

De volgende kanttekening bij het huidige onderzoek betreft de verwarring die kan ontstaan wat betreft de onderzoeksgroep tijdens het lezen van het huidige onderzoek. De aanleiding van dit onderzoek komt voort uit de problematiek rondom zwerfjongeren. Het eerste deel van dit onderzoek is een literatuurstudie waarin het gaat over zwerfjongeren en risicofactoren van zwerfgedrag. Het tweede deel in het huidige onderzoek is echter een empirische studie waarin *jongeren in de jeugdzorg* zijn onderzocht op basis van risicofactoren van zwerfgedrag. Er kan verwarring ontstaan tijdens het lezen over de onderzoeksgroep in dit onderzoek: zwerfjongeren versus jongeren in de jeugdzorg. Omdat in dit onderzoek gewerkt is met data van een

jeugdzorgaanbieder is het empirische gedeelte uitgevoerd onder jongeren in de jeugdzorg. De uiteindelijke onderzoeksgroep betreft dus ‘jongeren in de jeugdzorg.’

6.2.4 Secundaire data-analyse

Een sterk punt in dit onderzoek is dat de data structureel zijn verzameld door de onderzoeksafdeling van de jeugdzorgaanbieder. Dit gebeurde aan de hand van gevalideerde vragenlijsten, de Youth Self-Report (YSR) en Nijmeegse Ouderlijke Stressindex (NOSI) (Achenbach e.a., 2008; Evers, e.a., 2006; 2000; COTAN, 1999). In het huidige onderzoek is dus sprake van secundaire data-analyse. Een kanttekening bij secundaire data-analyse is dat mogelijk concepten missen in de gegevensverzameling die volgens het theoretische onderzoeksmodel wel relevant zijn. Dat geldt ook voor het huidige onderzoek. In de literatuurstudie kwamen een groot aantal risicofactoren van zwerfgedrag naar voren die in dit onderzoek niet allemaal zijn meegenomen in het onderzoeksmodel, bijvoorbeeld ‘vrienden met problematisch gedrag’, ‘vaak blijven zitten op school’ of ‘opleidingsniveau.’ Het meest ideaal zou zijn geweest om meer risicofactoren van zwerfgedrag bij het onderzoeksmodel te kunnen betrekken om op die manier een vollediger onderzoeksmodel te ontwikkelen en te kunnen toetsen.

Een andere kanttekening bij dit onderzoek is dat de data vanuit verschillende perspectieven zijn gemeten, namelijk vanuit de ouders/opvoeders, de jongere en de hulpverlener. De jongeren hebben de Youth Self-Report (YSR) ingevuld, de ouders de Nijmeegse Ouderlijke Stressindex (NOSI) en de hulpverlener heeft de sociaal demografische informatie genoteerd. Hechtingsproblematiek is gemeten door de NOSI. Dus hechtingsproblematiek blijkt vanuit het perspectief van de ouders/opvoeders van invloed op de duur van zorggebruik. Hoe de jongere zelf de hechtingsproblematiek ervaart is niet bekend. Dit leidt tot de volgende interpretatie: hoe groter de hechtingsproblematiek vanuit het perspectief van de ouders, hoe langer de duur van zorggebruik. Echter, als ouders emotionele- en gedragsproblemen ervaren geven zij vaak deze problemen door aan hun kinderen (Van Meurs, Reef, Verhulst, & Van der Ende, 2009). Daarom is het waarschijnlijk dat de jongeren in het huidige onderzoek dezelfde problematiek als hun ouders ervaren.

Een volgende kanttekening heeft te maken met het grote aantal missende waarden in het huidige onderzoek. Uit de databestanden blijkt dat niet voor elke cliënt die jeugdzorg ontvangt alle vragenlijsten worden ingevuld. Soms ontbreekt informatie van de hulpverleners, soms van de jongere zelf, of soms van de ouders/opvoeders. In het huidige onderzoek konden uiteindelijk 150 respondenten worden betrokken, die informatie hadden op de benodigde variabelen. Van de oorspronkelijke 522 respondenten, vielen 372 respondenten af vanwege missende waarden. Uit de non-response-analyse (zie ook Bijlage 6) bleek weinig

verschil te zijn tussen de groep die wel is meegenomen in de analyse en de groep die niet is meegenomen in de analyse. Dit betekent dat de resultaten in dit onderzoek representatief zijn voor de totale onderzoeksgroep.

6.2.5 Variabelen

De volgende kanttekening betreft de afhankelijke variabele zorggebruik (behandelduur in maanden) welke weinig inhoudelijk van aard is. Een jongere kan bijvoorbeeld te maken hebben gehad met een lange behandelduur in maanden, maar ondertussen weinig contactmomenten hebben gehad. Andersom kan een jongere veel contactmomenten in weinig maanden hebben gehad. Echter, in het huidige onderzoek wordt verwacht dat behandelduur in maanden een goede indicatie zal geven van de hoeveelheid ontvangen zorg, want de meeste jongeren met een lange behandelduur zullen waarschijnlijk wel meer contactmomenten hebben gehad dan de jongeren met een korte behandelduur in maanden.

Tot slot een kanttekening over de variabele 'inkomen', wat in het huidige onderzoek een proxy variabele is. Dit houdt in dat er andere informatie is gebruikt om de variabele 'inkomen' te genereren. In het databestand ontbrak informatie over het inkomen van de jongere of van de ouders/opvoeders, waardoor via de postcode, wat samenhangt met sociaal economische gegevens, het inkomen is bepaald (Geronimus, Bound, & Wagner, 1996). Dit betekent echter wel dat de mogelijkheid bestaat dat voor een aantal respondenten het inkomen verkeerd is weergegeven, omdat een gemiddeld inkomen is genomen van een postcodegebied.

6.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden aanbevelingen gedaan voor toekomstig onderzoek en voor de praktijk.

6.3.1 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

In de literatuur komt naar voren dat preventie de beste methodiek is om zwerfproblematiek te voorkomen en dat daarbij aandacht moet komen voor de signalen die jongeren uitzenden (VWS, 2011a; Van der Ploeg, 1989; Movisie, n.d.). Ook blijkt uit onderzoek dat veel zwerfjongeren al eerder gebruik gemaakt hebben van zorg voordat zij gaan zwerven (Van der Ploeg, 1989). De vraag rijst waarom jongeren wel gaan zwerven terwijl zij wel zorg hebben ontvangen. Blijkbaar is het hulpaanbod ontoereikend, zodat de jongeren alsnog gaan zwerven na het ontvangen van hulp. Een aanbeveling voor toekomstig onderzoek is dan ook een longitudinaal onderzoek uit te voeren waarbij wordt bestudeerd welke jongeren die gebruik hebben gemaakt van de jeugdzorg gaan zwerven. Op basis van de risicofactoren van het huidige onderzoek kan worden onderzocht wat de voorspellers zijn van gaan zwerven na gebruik van jeugdzorg. Een belangrijke factor, die in het huidige onderzoek ontbreekt,

moet daarbij worden toegevoegd, namelijk de inhoud van de ontvangen zorg. Een andere interessante vraag die in het verlengde ligt van het huidige onderzoek, bestaat uit een analyse van het aantal risicofactoren die jongeren hebben terwijl ze jeugdzorg ontvangen. Daarbij is relevant om na te gaan of het aantal, de aard en de samenstelling van de risicofactoren verschillen per type zorg dat wordt geboden.

6.3.2 Aanbevelingen voor de praktijk

Bij de jeugdzorgaanbieder wordt structureel data verzameld over hun cliënten, vanuit verschillende perspectieven. Dit is hele waardevolle informatie, maar in het huidige onderzoek werd duidelijk dat er veel missende waarden zijn. Dit komt waarschijnlijk doordat het structureel verzamelen van data bij de hulpverleners nog niet volledig is ingebed in de dagelijkse praktijk. Een aanbeveling voor de praktijk is dan ook dat het belang en de uitvoering wordt benadrukt van het structureel verzamelen van data tijdens het behandelproces door de hulpverleners. Op die manier wordt de respons verhoogd. In de ideale situatie is de dataverzameling een vast onderdeel van het behandeltraject voor de hulpverleners.

De volgende aanbeveling sluit aan bij het verworven inzicht uit het huidige onderzoek dat hechtingsproblematiek als risicofactor van zwerfgedrag en voorspeller van de duur van zorggebruik naar voren is gekomen in de literatuurstudie als de empirische studie. Professionals kunnen dit inzicht allereerst gebruiken in een discussie. Enerzijds geeft het inzicht namelijk aan als aanbeveling voor de praktijk dat professionals hechtingsproblematiek als een factor in de jeugdzorg moeten zien die (nog meer) aandacht nodig heeft in de behandeling. Hiermee kan voorkomen worden dat jongeren gaan zwerven. Anderzijds kan gesuggereerd worden dat het inzicht uit het huidige onderzoek een positieve uitkomst is, omdat blijkt dat jongeren met hechtingsproblematiek al langer zorg ontvangen van de hulpverlening. De aanbeveling voor de praktijk vanuit het huidige onderzoek luidt dan ook dat professionals het inzicht uit het huidige onderzoek kunnen gebruiken om na te gaan óf en welke consequenties het inzicht heeft voor het verbeteren van methodieken.

Literatuurlijst

- Aday, L.A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Algemene Rekenkamer (2002). *Opvang zwerfjongeren*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 28 265, nr. 2. Den Haag: Sdu.
- Algemene Rekenkamer (2004). *Opvang Zwerfjongeren 2004*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 30 009, nr. 1. Den Haag: Sdu.
- Algemene Rekenkamer (2008a). *Opvang Zwerfjongeren 2007*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31 323, nr. 1. Den Haag: Sdu.
- Algemene Rekenkamer (2008b). *Opvang zwerfjongeren 2008*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 827, nr. 1. Den Haag: Sdu.
- Algemene Rekenkamer (2009). *Opvang Zwerfjongeren 2009*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2008-2009, 31 827, nr. 1. Den Haag: Sdu.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Andersen, R.M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health and illness behavior. *Journal of Health & Social Behavior*, 14(4), 348-362.
- Andersen, R.M. & Newman, J.F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 51(1), 95-124.
- Anderson, J.G., & Bartkus, D.E. (1973). Choice of medical care: A behavioral model of health and illness behavior. *Journal of Health & Social Behavior*, 14(4), 348-362.
- Anderson, I., & Christian, J. (2003). Causes of homelessness in the UK: A dynamic analysis. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13, 105-118.
- Angenent, H. (1993). *Weglopers. Handboek over dak- en thuisloze jongeren, jeugdprostitutie, mishandeling en seksueel misbruik, allochtone jongeren, jongeren uit kinderbeschermingshuizen*. Nijkerk: Uitgeverij Intro.
- Ariëns, G.A.M., Middelkoop, B.J.C., Smilde-van den Doel, D.A., & Struben, H.W.A. (2006). Gezondheidsvragen in de stadsenquête Den Haag 2001 en 2003; de uitkomsten bekeken in relatie tot etnische achtergrond en opleidingsniveau. *Epidemiologisch bulletin*, 41(1), 2-11.
- Becke, J.A.H., Boer, R. de., Bremmer, P.J.J., Duenk, M., Kroon, D.J.J., Loeffen, M.M., Mobach, C.E., & Schuyt, M. (2009). *Evaluatieonderzoek Wet op de jeugdzorg*. Eindrapport. BMC Onderzoek: Barneveld.
- Bieleman, B., & Hoorn, M. (2006). *Onderzoek dak- en thuislozen Venray*. Groningen-Rotterdam: IntraVal.

- Blankertz, L.E., Cnaan, R.A., & Freedman, E. (1993). Childhood risk factors in dually diagnosed homeless adults. *Social Work, 38*(5), 587-591.
- Boon, A.E., Haan, A.M. de., & Boer, S.B.B. de. (2010). Cliënten Haagse jeugd-ggz geen etnische afspiegeling van de jeugd van de stad; niet door sociaaleconomische status, maar door etnische herkomst. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 52*(9), 653-658.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry, 130*, 201-210.
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A., Gerris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). *NOSI, handleiding experimentele versie*. Amsterdam: Pearson.
- Brummelhuis, K., & Drouven, L. (2011). *Telling zwerfjongeren. Aantallen op basis van definitie 2010*. Enschede: Bureau HHM.
- Burns, B.J., Costello, E.J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E.M., & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs, 14*(3), 147-159.
- Costello, E.J., Burns, B.J., Costello, A.J., Edelbrock, C., Dulcan, M., & Brent, D. (1988). Service utilization and psychiatric diagnosis in pediatric primary care: The role of the gatekeeper. *Pediatrics, 82*, 435-441.
- COTAN (1999). *Beoordelingssysteem voor de Kwaliteit van Tests*. Amsterdam: NIP.
- Deth, van. A., Doorn, van. L., & Rensen, P. (2009). *Sociale uitsluiting van zwerfjongeren: Stand van zaken in Nederland. Een voorstudie voor het Europese onderzoeksproject 'Combating Youth'Homelessness.'* Utrecht: MOVISIE.
- Enk, J.G. van. (2002). Determinants of use of health-care services in childhood: The literature. In: *Determinants of use of health care services in childhood*. Dissertation: Groningen, [hoofdstuk 2], p. 27-45. Te raadplegen op: <http://irs.ub.rug.nl/238798534>.
- Ennet, S.T., Bailey, S.L., & Federman, E.B. (1999). Social network characteristics associated with risky behaviors among runaway and homeless youth. *Journal of Health and Social Behavior, 40*(1), 63-78.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van., & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, deel I en II*. Assen: Van Gorcum.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2006). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2006/02 (COTAN)*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Feitel, B., Margetson, N., Chamas, J., & Lipman, C. (1992). Psychosocial background and behavioral and emotional disorders of homeless and runaway youth. *Hospital and Community Psychiatry, 43*, 155-159.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. Londen: SAGE Publications.

- Fitzpatrick, S., Kemp, P., & Klinker, S. (2000). *Single homelessness. An overview of research in Britain*. Bristol: The Policy Press
- Fransen, N., & Handel, C. van den. (2011). *Zwerfjongeren in beeld. Literatuurstudie naar kennisontwikkeling over zwerfjongeren*. Amsterdam: DSP – groep BV.
- Geronimus, A., Bound, J., & Wagner E. (1996). On the validity of using census geocode data to proxy individual socioeconomic characteristics. *Journal of the American Statistical Association*, 91, 529–537.
- Hammerström, A., Janler, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56, 624-630.
- Hammerström, A., Janlert, U., & Theorell, T. (1988). Youth unemployment and ill health: results from a 2-year follow-up study. *Social Science Medicine*, 26(10), 1025-1033.
- Heineke, D. (2007). *Zwerfjongeren. Vraag, aanbod en beleid op een rij*. Utrecht: MOVISIE.
- Hermanns, J. (1987). Risicofactoren in de ontwikkeling. De rol van de bijsturende omgeving. *Kind en Adolescent*, 8(2), 49-59.
- Hulsbosch, L., Nicholas, S., Smit, F., & Wolf, J. (2003). *Dakloos in Alkmaar. Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Janicke, D.M., & Finney, J.W. (2000). Determinants of children's primary health care use. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 7(1), 29-39.
- Janicke, D.M., Finney, J.W., & Riley, A.W. (2001). Children's health care use: a prospective investigation of factors related to care-seeking. *Medical Care*, 39(1), 990-1001.
- Janicke, D.M., & Finney, J.W. (2003). Children's primary health care services: Social-cognitive factors related to utilization. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(8), 547-557.
- Janus, M.D., McCormack, A., Burgess, A.W., & Hartman, C. (1987). *Adolescent runaways. Causes and consequences*. Lexington: D.C. Heath and Company
- Jeeninga, W. (2010). *Zwerfjongeren. Omvang, kenmerken en zorgbehoeften. Een literatuurstudie in het kader van het project 'Kennismakelaar', Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant*. Tilburg: Tranzo, Universiteit van Tilburg.
- Jin, R.L., Shah, C.P., & Svoboda, T.J. (1995). The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 153(5), 529-540.
- Korf, D.J., Diemel, S., Riper, H., & Nabben, T. (1999). *Het volgende station. Zwerfjongeren in Nederland*. Amsterdam: Thela Thesis.

- Korf, D.J., Ginkel, P. van., & Wouters, M. (2004). *Je ziet het ze niet aan. Zwerfjongeren in Flevoland*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Kraut, A., Mustard, C., Walld, R., & Tate, R. (2000). Unemployment and health care utilization. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 26(2), 169-177.
- Kroes, G., & Pijnenburg, H. (2006). *Evaluatie KAIRO: Rapportage voortrajectfase*. Nijmegen: Praktikon
- Kunst, A.E., Meerding, W.J., Varenik, N., Polder, J.J., & Mackenbach, J.P. (2007). *Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003. Een verkenning van verschillen naar sociaaleconomische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst. Zorg voor Euro's – 5*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Kurtz, P.D., Jarviz, S.V., & Kurtz, G.L. (1991). Problems of homeless youths: empirical findings and human services issues. *Social Work*, 36, 309-314.
- Lindert, H. van., Droomers, M., & Westert, G.P. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik*. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM.
- Mangalore, R. (2006). Income, health and health care utilization in the UK. *Applied Economics*, 38(6), 605-617.
- Meurs, I. van., Reef, J., Verhulst, F.C., & Ende, van der. J. (2009). Intergenerational transmission of child problem behavior: A longitudinal, population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(2), 138-145.
- Miles, J., & Shevlink, M. (2001). *Applying Regression & Correlation. A guide for Students and Researchers*. London: SAGE Publications.
- Movisie. (n.d.). *Combating Youth Homelessness*. [On-line]. Geraadpleegd op 13 januari 2012 van <http://www.movisie.nl/smartsite.dws?ch=def&id=119671>.
- Noom, M.J., & Winter, De. M. (2001). Iemand die je gewoon als mens behandelt. Thuisloze jongeren over het verbeteren van de hulpverlening. *Pedagogiek*, 21(4), 296-309.
- Panter-Brick, C., & Smith, M. (2000). *Abandoned children*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Perlman, M. (1971). Medical care use in Sweden and United States: A comparative analysis of systems and behavior. (Book Review). *Journal of Economic Literature*, 9(4), 1224-1226.
- Peters, P.A.F., Huisman, J., & Emmerik-Levelt, H.M.G. (1999). Gedragsproblemen en emotionele problemen bij kinderen in het Mytyl- en Tytylonderwijs. *Kind & Adolescent*, 20(1), 29-34.
- Petit, V., & Richt, A. (2009). *Handreiking voor gemeenten. Aanpak zwerfjongeren problematiek*. Den Haag: BMC Onderzoek.

- Phillips, K.A., Morrison, K.R., Andersen, R., & Aday, L.A. (1998). Understanding the context of healthcare utilization: Assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, 33(3), 571-569.
- Planije, M., Land, H.V., & Wolf, J. (2003). *Hulpverlening aan zwerfjongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ploeg, J. van der. (1989). Homelessness: A multidimensional problem. *Children and Youth Sciences Review*, 11, 45-56.
- Ploeg, J. van der. (2007). *Gedragsproblemen. Ontwikkelingen en risico's*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Ploeg, J. van der., Gaemers, J., & Hoogendam, P.H. (1991). *Zwervende jongeren*. Leiden: DSWO Press.
- Ploeg, J. van der., & Scholte, E. (1990). *Lastposten of slachtoffers van de samenleving*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Ploeg, J. van der., & Scholte, E. (1997). *Homeless Youth*. London: SAGE Publications.
- Powers, J.L., Eckenrode, J., & Jaklitsch. (1990). Maltreatment among runaway and homeless youth. *Child Abuse & Neglect*, 14, 87-98.
- Riley, A.W., Finney, J.W., Mellits, E.D., Starfield, B., Kidwell, S., Quaskey, S., Cataldo, M.F., Filipp, L., & Shematek, J.P. (1993). Determinants of children's health care use: An investigation of psychosocial factors. *Medical Care*, 31, 767-783.
- Robert, M., Pauzé, R., Fournier, L. (2005). Factors associated with homelessness of adolescents under supervision of the youth protection system. *Journal of Adolescence*, 28, 215-230.
- Robertson, M.J., & Toro, P.A. (1998). *Homeless youth: research, intervention, and policy*. The 1998 National Symposium on Homelessness Research.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *The Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly* 15(2), 175-193.
- Sadiraj, K., & Groot, I. (2006). *Sociaal-economische status in vereveningsmodel zorgverzekeraars: wat zijn de mogelijkheden?* Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek. In opdracht van het ministerie van VWS.
- Sameroff, A.J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64, 80-97.
- Schellevis, F.G., Westert, G.P., Bakker, D.H. de., Groenewegen, P.P. (2004). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Vraagstellingen en methoden*. Bilthoven: NIVEL.
- SGBO. 1995. *Thuisloze jongeren in Nederland. Een beknopte inventarisatie*. Den Haag: SGBO.

- Shinn, M. (1992). Homelessness: What is a psychologist to do? *American Journal of Community Psychology*, 20(1), 1-24.
- Siero, W., Huisman, M., & Kiers, H.A.L. (2009). *Voortgezette regressie- en variantieanalyse*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smits, J.P.J.M., Droomers, M., & Westers, G.P. (2002). Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. Bilthoven: Centrum voor Zorgonderzoek, RIVM. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Stefanidis, N., Pennbridge, J., MacKenzie, R.G., & Potharts, K. (1992). Runaway and homeless youth: The effects of attachment history on stabilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), 442-446
- Tavecchio, L.W.C., Ploeg, van der, J., & Roorda-Honeé, J.M.Th.G. (1993). *Visies op thuisloosheid. Theoretische inzichten over antecedenten van thuisloosheid en de praktijk van de hulpverlening*. Utrecht: SWP.
- Tavecchio, L.W.C. & Roorda-Honée, J.M.Th.G. (1994). Thuisloze jongeren: Gezinsachtergronden en opvoedingsfactoren. In J. R. M. Gerris (Red.), *Gezinsonderzoek, deel 8: Pedagogische ondersteuning van gezinnen en hulpverleners* (pp. 81-94). Assen: Van Gorcum.
- Tavecchio, L.W.C., & Thomeer-Bouwens, M.A.E. (1996). Gehechtheid, sociaal netwerk en thuisloosheid bij jongeren. *Pedagogisch Tijdschrift*, 21(4/5), 341-356.
- Tavecchio, L.W.C., Thomeer, M.A.E., & Meeus, W. (1999). Attachment, social network and homelessness in young people. *Social Behavior and Personality*, 27(3), 247-262,
- Terpstra, J. (1987). *Weggelopen jongeren*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen.
- Thomeer-Bouwens, M.A.E., Tavecchio, L.W.C., & Meeus, W.H.J. (1996). *Zonder thuis zonder toekomst? Een empirisch onderzoek naar ontwikkelingsantecedenten van thuisloosheid bij jongeren*. Utrecht: NIZW Uitgeverij.
- Thompson, S.J., Bender, K., Windsor, L., Cook, M.S., & Williams, T. (2010). Homeless youth: characteristics, contributing factors, and service options. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20(2), 193-217.
- Thompson, S.J., & Pillai, V.K. (2006). Determinants of runaway episodes among adolescents using crisis shelter services. *International Journal of Social Welfare*, 15, 142-149.
- Tucker, J.S., Orlando Edelen, M., Ellickson, P.L., & Klein, D.J. (2010). Running away from home: A longitudinal study of adolescent risk factors and young adult outcomes. *Journal of Youth Adolescence*, 40, 507-518.

- Tuithof, M., Have., ten. M., Dorsselaer, S. van., & Graaf, de. R. (2010). *ADHD, gedragsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Voórkomen en gevolgen in de algemene bevolking: resultaten van NEMESIS-2*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Tyler, K.A., Cauce, A.M., & Whitbeck, L. (2004). Family risk factors and prevalence of dissociative symptoms among homeless and runaway youth. *Child Abuse & Neglect*, 28, 355-366.
- Tyler, K.A., Hagewen, K.J., & Melander, L.A. (2011). Risk factors for running away among a general population sample of males and females. *Youth & Society*, 43(2), 583-608.
- Veerman, J.W. (2008). Methoden voor het kwantificeren en toetsen van effecten. In T.A. Van Yperen, & J.W. Veerman (Eds.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. (p. 307 – 329). Delft: Eburon.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 901-904.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus MC.
- Verweij, A. (2011). Wat is de samenhang met gezondheid en zorg? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. [On-line]. Geraadpleegd op 25 januari 2012 van <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/huishoudens/samenhang>.
- Wierdsma, A.I., & Kamperman, A.M. (2011). Korte Bijdrage. Contact met de jeugd-ggz is een zaak van culturele én sociaaleconomische verschillen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 875 – 863.
- Vingilis, E., Wade, T., Seeley, J. (2007). Predictors of adolescent health care utilization. *Journal of adolescence*, 30(5), 773-800.
- VWS (2011a). *Brief van staatsecretaris Veldhuijzen van Zanten-Hyllner over de beleidsvoornemens maatschappelijke opvang en zwerfjongeren*. [On-line]. Geraadpleegd op 23 februari 2012 van <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2011/07/06/beleidsvoornemens-maatschappelijke-opvang-en-zwerfjongeren.html>
- VWS (2011b). *Zwerfjongeren in Nederland: Een heldere definitie*. Den Haag: Sdu.
- Witt, J. de., Parker Brady, H.G., Schonewille, J., & Tuinstra, J. (2008). *Sociaal Rapport Drenthe*. Assen: Provincie Drenthe.
- Wolf, J. (2002). *Een kwestie van uitburgering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

- Wolf, J., Altena, A., Christians, M., & Beijersbergen, M. (2010). *Onderzoek naar dakloze jongeren in de centrumregio Zwolle*. Zwolle: St. Radboud.
- Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S., Bakel, H. van., Reinking, D., & Leiden, I. van. (2002). *Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Zwaanswijk, M., Ende, J. van der., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., & Verhulst, F.C. (2007). The different stages and actors involved in the process leading to the use of adolescent mental health services. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(4), 567-582.

Bijlage 1; Projectplan boek zwerfjongeren

Inleiding

Uitgeverij Van Gorcum BV heeft enige tijd geleden de auteur Kees Opmeer gevraagd een boek te schrijven over zwerfjongeren. Doel is het uitbrengen van een toegankelijk boek waarin praktijk en theorie aan elkaar worden verbonden, op basis van levensverhalen van zwerfjongeren die vertrekpunt zijn voor onderzoek en een praktijkexperiment. Met andere woorden: een combinatie van levensechte verhalen van zwerfjongeren met daarnaast een beschrijving van een vernieuwend hulpverleningsaanbod. Deze beschrijving is gebaseerd op wat jongeren en begeleiders belangrijk vinden in de begeleiding en opvang en op wat er uit onderzoek bekend is over wat werkt bij zwerfjongeren. Kortom: een methodische, effectieve, aanpak die verbinding legt tussen praktijk en theorie.

Dit maakt het boek geschikt voor een brede doelgroep. Denk aan onderwijs, hulpverleners, beleidsmakers en iedereen die in deze problematiek is geïnteresseerd.

De formule van levensechte praktijkverhalen werkt goed om een boek toegankelijker te maken en de beschreven problematiek duidelijk en indringend over het voetlicht te brengen.

Doelgroep en aanpak

Het project richt zich op jongeren vanaf 13 jaar die (tijdelijk) dak- en thuisloos zijn. Deze zogenaamde zwerfjongeren worden volgens de beleidsdefinitie van het ministerie van VWS gedefinieerd als *feitelijk of residentieel daklozen onder de 23 jaar met meervoudige problemen*.

Om de inhoud van het boek te realiseren worden zwerfjongeren geïnterviewd. Invalshoek tijdens het gesprek is: wat is je toekomstdroom? De levensverhalen van deze jongeren worden geïllustreerd met foto's die hun toekomstdroom verbeelden. De foto's vormen een belangrijke meerwaarde omdat ze als beeld een eigen verhaal vertellen.

Belangrijk voor het onderzoek en beschrijving van de aanpak is dat er genoeg variatie in de praktijkverhalen komt (leeftijd, geslacht, problematiek e.d.), zodat de verschillende aspecten goed naar voren komen. De beoogde doelgroep is zeer divers van samenstelling.

Methodiekontwikkeling en praktijkexperiment in Drenthe

De levensverhalen vormen de basis voor een methodiekontwikkeling die moet leiden tot een succesvolle hulpverleningsaanpak voor zwerfjongeren. Bij de methodiek-ontwikkeling gaat het onder meer om de volgende vragen:

- wat zijn de kritische factoren geweest tijdens het opgroeien van deze jongeren;
- hebben zij contact gehad met hulpverlening;
- waarom is de geboden hulpverlening wel of niet aangeslagen;
- welke factoren maken de kans op een succesvol aanbod groter en waarom;
- hoe zouden deze succesfactoren in een effectieve hulpverleningsaanpak vorm en inhoud moeten krijgen;

Aansluiting kan worden gezocht bij de methodiek 'In Dialoog'¹⁰ die stichting Phusis uit Assen hanteert. De verhalen worden afgewisseld met een beschrijving van de ontwikkelde methodiek en de vertaling daarvan in een concrete hulpverleningsaanpak die in een praktijkexperiment in Drenthe uitgevoerd wordt. Hierbij wordt voortdurend een link gelegd tussen praktijk (de verhalen) en de methodiek.

¹⁰ Dr. R. Wielink, uitgave Rijksuniversiteit Groningen, afdeling orthopedagogiek in 1998

Wetenschappelijk onderzoek

Voor een goede methodieontwikkeling en het opzetten van een praktijkexperiment is een wisselwerking tussen de verhalen en de inbreng van deskundigen vanuit de hulpverleningspraktijk en wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk. Daarvoor willen we in het project deskundigen betrekken van:

- het Onderzoekscentrum Maatschappelijke Zorg (Radboud Universiteit) en PIONN (onderzoek en ontwikkeling),
- Stichting Physis, ZIENN en Yorneo (hulpverleningspraktijk),
- Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid (Toegepast Gezondheidsonderzoek).

In het boek wordt met behulp van vormgeving onderscheid gemaakt tussen de levensverhalen en de beschrijving van de methodiek, het hulpverleningsaanbod en het praktijkexperiment in Drenthe.

Interviews

Jongeren hebben zelf de regie over de interviews in handen. Dat houdt in dat zij bepalen waar de interviews c.q. gesprekken plaatsvinden en wie verder bij de gesprekken aanwezig zijn (bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon). Het verhaal dat op basis van het gesprek is geschreven, wordt vooraf ter goedkeuring aan de jongere voorgelegd. Pas als hij of zij zich in het verhaal kan vinden, komt het in het boek.

Als ze willen kunnen de jongeren onder een pseudoniem in het boek komen. Als ze niet herkenbaar op de foto willen, wordt daarvoor een creatieve oplossing gezocht.

De insteek van de verhalen is positief. Uiteraard staat het levensverhaal met alle problemen en teleurstellingen centraal. Maar de verhalen geven ook de kracht, creativiteit en mogelijke oplossingen van de jongeren weer. Voorop staat dat de jongeren zich in hun verhaal herkennen en daar trots op zijn.

Projectopzet

De brede opzet die voor het boek is gekozen vraagt om een projectmatige opzet en betrokkenheid van een professionele organisatie. Daarbij is de inzet nodig van deskundigen uit de hulpverleningspraktijk en de wetenschap.

Stichting Physis, organisatie voor opvang van mensen met een beperking waaronder zwerfjongeren, is formeel opdrachtgever van het project en zorgt voor projectleiding.

Dit biedt een meerwaarde op inhoudelijk, organisatorisch en financieel gebied.

Projectgroep

Er wordt een projectgroep samengesteld¹¹ met als taken:

- begeleiden van de auteur;
- werven en selecteren van jongeren;
- waar nodig nazorg bieden aan jongeren;
- aanvraag subsidie;
- afstemming met referentiegroep;
- besluitvormend over laten beschrijven van het hulpverleningsaanbod en het praktijkexperiment in relatie tot de levensverhalen
- aanspreekpunt voor de projectleider.

Referentiegroep

¹¹ directeur Stichting Physis, coördinator Welzijnswerk Assen, auteur van het boek en projectleider.

Verder zijn Stichting Phusis, ZIENN, Yorneo, Onderzoekscentrum Maatschappelijke Zorg en PIONN vertegenwoordigd in een referentiegroep die fungeert als klankbord en zorgt voor wetenschappelijke toetsing van het onderzoek.

De projectleider¹² heeft als taken:

- eindverantwoordelijk voor het project,
- coördinatie en bewaken van de voortgang,
- contacten met derden zoals uitgever, pers, externe deskundigen en subsidieverstrekkers.

De looptijd van het project zal naar verwachting 6 maanden in beslag nemen. Kwaliteit gaat voor snelheid. In het voorjaar van 2012 wordt het boek gepubliceerd.

Inzet deskundigen

De inzet van de deskundige van PIONN is gericht op:

- adviseren bij de ontwikkeling en beschrijving van de methodiek en het hulpverleningsaanbod;
- het ontwikkelen van een, volledig in de methodiek en het hulpverleningsaanbod geïntegreerde monitor voor het systematisch meten en volgen van de met dit aanbod bereikte effecten. Verder het benutten van de effectrapportages voor verantwoording en verbetering van dit aanbod;
- deelname aan referentiegroep.

De inzet van de (praktijk)deskundige(n) van stichting Phusis is gericht op:

- uitvoeren projectleiding;
- adviseren bij de ontwikkeling en beschrijving van de methodiek en het hulpverleningsaanbod;
- adviseren bij de ontwikkeling van de in de methodiek geïntegreerde effectmonitor;
- ontwikkelen en (deels) uitvoeren van een Drents praktijkexperiment (en het betrekken van andere relevante partijen bij de ontwikkeling en uitvoering van dit experiment);
- deelname aan referentiegroep.

De inzet van de deskundige van het Onderzoekscentrum Maatschappelijke Zorg is gericht op:

- ordenen van uit onderzoek bekende ontwikkelingspaden die leiden tot zwerfgedrag en dak- en thuisloosheid van jongeren;
- ordenen van uit onderzoek en praktijk bekende werkzame ingrediënten voor een effectieve (preventieve en curatieve) aanpak van zwerfjongeren;
- de ontwikkeling en beschrijving van de methodiek en het hulpverleningsaanbod;
- deelname aan referentiegroep.

De inzet van de praktijkdeskundigen van Yorneo is gericht op:

- adviseren bij de ontwikkeling en beschrijving van de methodiek en het hulpverleningsaanbod;
- adviseren bij de ontwikkeling van de in de methodiek geïntegreerde effectmonitor;
- ontwikkelen en (deels) uitvoeren van een Drents praktijkexperiment (en het betrekken van andere relevante partijen bij de ontwikkeling en uitvoering van dit experiment);
- deelname aan referentiegroep.

De inzet van de praktijkdeskundigen van ZIENN is gericht op:

- adviseren bij de ontwikkeling en beschrijving van de methodiek en het hulpverleningsaanbod;

¹² Stichting Phusis

- adviseren bij de ontwikkeling van de in de methodiek geïntegreerde effectmonitor;
- ontwikkelen en (deels) uitvoeren van een Drents praktijkexperiment (en het betrekken van andere relevante partijen bij de ontwikkeling en uitvoering van dit experiment);
- deelname aan referentiegroep.

Mei 2011

Kees Opmeer, Geeske Kragt

Bijlage 2; Ontwikkeling van de omvang van het aantal zwerfjongeren in Nederland

Door de loop der jaren zijn er verschillende schattingen gemaakt van het aantal zwerfjongeren in Nederland. In tabel 2.1 is de ontwikkeling van de omvang te zien door schattingen van verschillende onderzoekers in verschillende jaren.

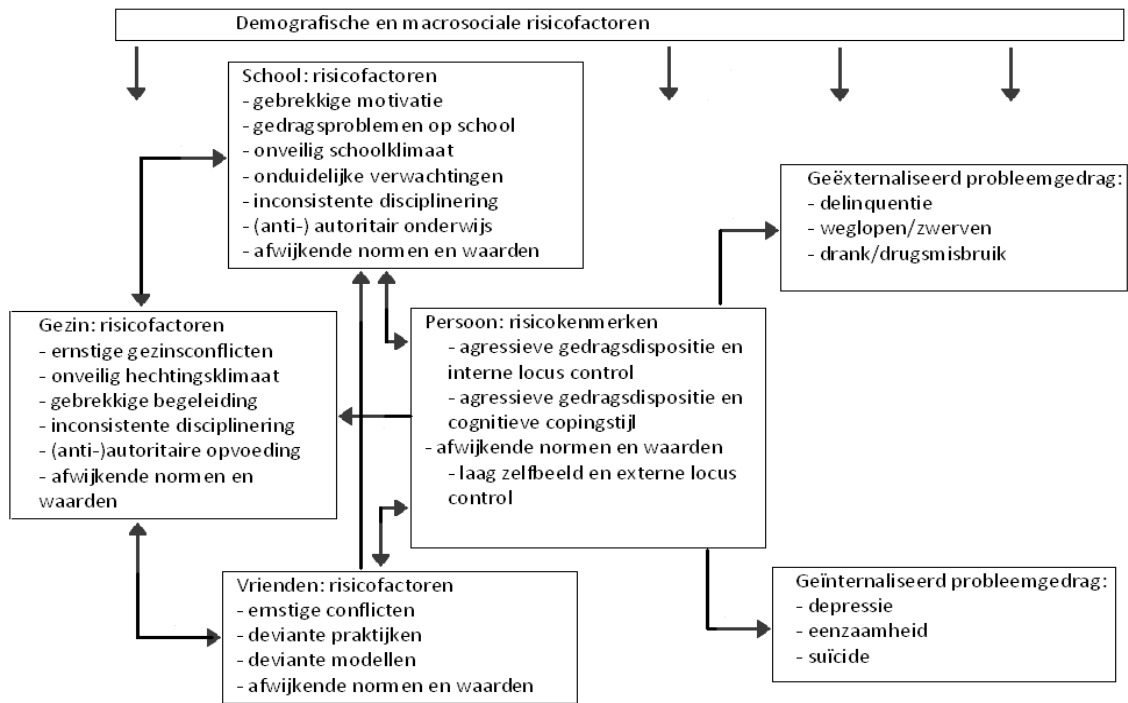
Tabel 2.1: Ontwikkeling van de omvang van het aantal zwerfjongeren in Nederland.

Schatting over jaar	Aantal zwerfjongeren NL	Schatting door	Bron
1990	- 5.700 met de leeftijdsgrens van 23 jaar - 7.000 met de leeftijdsgrens van 25 jaar	VWS	De Bie & Dortmans, 1990 (in Korf, Diemel, Riper & Nabben, 1999)
1995	4.300	VWS	SGBO, 1995
1999	3.500 (tussen 2.700 – 4.500)	VWS	Korf, Diemel, Riper & Nabben, 1999
2002	3.500	Algemene Rekenkamer	Jeeninga, 2010
2003	3.500	Schattingen door lokale experts	Planije ea, 2003
2003	3.917	Algemene Rekenkamer	Jeeninga, 2010
2004	3.000 – 5.000	VWS	Algemene Rekenkamer, 2008a
2007	6.000 (tussen 5.600 en 6.300)	VWS	Algemene Rekenkamer, 2008a
2010	7.980	VWS	Brummelhuis & Drouven, 2011
2010	9.000	VWS + RIWB-erkenning	Brummelhuis & Drouven, 2011

Opvallend in de tabel is dat in het jaar 1990 een paar duizend meer zwerfjongeren zijn geschat dan de jaren daarna: in 1990 zijn er tussen de 5.700 en 7.000 zwerfjongeren geschat (De Bie & Dortmans in Korf e.a., 1999). Pas in 2007 is er weer een soortgelijke schatting: tussen de 5.600 en 6.300 (Algemene Rekenkamer, 2008a). Ook in 1995 is er een grotere schatting gedaan dan in de jaren daarna: in 1995 zijn er 4.300 zwerfjongeren geschat (SGBO, 1995). In 2004 is er pas weer een soortgelijke schatting als in 1995, namelijk tussen de 3.000 en 5.000 zwerfjongeren (Algemene Rekenkamer, 2008a). Korf en collega's (1999) hebben in 1999 onderzocht in hoeverre de omvang was gestegen, gedaald of stabiel gebleven ten opzichte van 1995. Zij kwamen tot de conclusie dat het aantal zwerfjongeren min of meer stabiel was gebleven in die periode. Maar de indruk van de lokale deskundigen destijds was soms dat het aantal juist gestegen was. Het aantal zwerfjongeren is dus verschillend geschat tussen 1990 en 1999. Maar over het algemeen is vanaf 1999 sprake van een stijgende lijn in schattingen wat betreft het aantal zwerfjongeren. In de tabel is te zien dat er een groei van het aantal zwerfjongeren is: van 4.300 zwerfjongeren in 1995 naar 7.980 (of 9.000 inclusief RIWB-erkenning) in 2010.

Bijlage 3: Het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel

Het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel van probleemgedrag (zie figuur 3.1) (volgens Van der Ploeg & Scholte, 1990 in Thomeer-Bouwens, Tavecchio, & Meeus, 1996) is als uitgangspunt genomen in dit onderzoek voor het macro-, meso- en micromodel zoals uitgelegd in Hoofdstuk 2 'Literatuuroverzicht zwerfjongeren.'



Figuur 3.1: Het sociaalecologisch ontwikkelingsmodel van probleemgedrag. (Uit: Van der Ploeg & Scholte, 1990, p.50 in: Thomeer-Bouwens, Tavecchio, & Meeus, 1996).

Zwerfgedrag wordt in dit model beschouwd als een externe uiting van probleemgedrag. Het model bestaat uit een aantal systemen waarin de risico's zich voordoen: demografische en macrosociale risicofactoren, het gezin, de school, vrienden, de persoon, geëxternaliseerd probleemgedrag en geïnternaliseerd probleemgedrag. Dit is een model dat overeenkomt met het heersende perspectief in de literatuur, namelijk dat zwerfgedrag een multidimensioneel probleem is en dat de verscheidene systemen elkaar beïnvloeden (Thomeer-Bouwens, Tavecchio, & Meeus, 1996). In paragraaf 2.5.1 'Samenvatting' (pagina 19) is figuur 2.1 te zien waarin een samenvatting wordt gegeven van de risicofactoren die van invloed zijn op zwerfgedrag zoals gevonden in het huidige onderzoek en gebaseerd op het sociaalecologisch ontwikkelingsmodel.

Bijlage 4: Youth Self-Report



Graag met blokletters invullen.

ZELF IN TE VULLEN VRAGENLIJST VOOR 11 -18 JARIGEN

NAAM _____ Voornaam _____ Achternaam _____		SOORT WERK VAN JE OUDERS, ook al werken ze nu niet (zo duidelijk mogelijk, bijvoorbeeld: automonteur, leraar, secretaresse enz.)
GESLACHT <input type="checkbox"/> Jongen <input type="checkbox"/> Meisje	LEEFTIJD _____	SOORT WERK VAN JE VADER: _____
DATUM VAN VANDAAG Dag _____ Maand _____ Jaar _____	GEBORTE DATUM Dag _____ Maand _____ Jaar _____	SOORT WERK VAN JE MOEDER: _____
Op welk soort school zit je? (bijvoorbeeld VMBO, HAVO, VWO)	Als je werkt, schrijf hier het soort werk van jezelf op:	Vul deze lijst in zoals jij de dingen ziet, ook al zijn andere mensen het daar misschien niet mee eens. Schrijf gerust naast de vragen of op bladzijde 2 en 4 dingen die je belangrijk vindt op. Graag alle vragen beantwoorden.
In welke groep of klas?		
<input type="checkbox"/> Ik zit niet op school		

I. Schrijf hier op de sporten op die je het liefst doet. Bijvoorbeeld: voetballen, zwemmen, mountainbiken, skaten, paardrijden, enz.	Vergeleken met anderen van jouw leeftijd, hoeveel tijd ben je daarmee bezig?	Vergeleken met anderen van jouw leeftijd, hoe goed ben je daarin?
<input type="checkbox"/> Geen	Minder dan gemiddeld Gemiddeld Meer dan gemiddeld	Minder dan gemiddeld Gemiddeld Beter dan gemiddeld
a. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II. Schrijf hier op de hobby's of andere dingen (behalve sport) die je het liefste doet. Bijvoorbeeld: computers, kaarten, muziek maken, spelletjes, lezen, enz. (muziek luisteren of TV kijken <i>niet</i> meetellen).	Vergeleken met anderen van jouw leeftijd, hoeveel tijd ben je daarmee bezig?	Vergeleken met anderen van jouw leeftijd, hoe goed ben je daarin?
<input type="checkbox"/> Geen	Minder dan gemiddeld Gemiddeld Meer dan gemiddeld	Minder dan gemiddeld Gemiddeld Beter dan gemiddeld
a. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
III. Schrijf hier op de clubs of verenigingen waar je lid van bent.	Vergeleken met anderen van jouw leeftijd, hoe actief ben je daarin?	
<input type="checkbox"/> Geen	Minder actief Gemiddeld Meer actief	
a. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
IV. Schrijf hier op de baantjes en klusjes die je hebt of doet. Bijvoorbeeld: krantenwijk, de afwas doen, oppassen, autowassen, in winkel werken, enz. (Zowel betaalde als onbetaalde baantjes of klusjes tellen mee).	Vergeleken met anderen van jouw leeftijd, hoe goed doe je dit?	
<input type="checkbox"/> Geen	Minder dan gemiddeld Gemiddeld Beter dan gemiddeld	
a. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Kijk na of je alle vragen hebt beantwoord.
Ga dan verder met de volgende bladzijde.

Graag met blokletters invullen. Graag alle vragen beantwoorden.

V. 1. Hoeveel echte vrienden en vriendinnen heb je? (Broers en zussen *niet* meetellen)

☐ Geen ☐ 1 ☐ 2 of 3 ☐ 4 of meer

2. Hoeveel keren per week doe je iets met vrienden en vriendinnen buiten school? (Broers en zussen *niet* meetellen)

☐ Minder dan 1 ☐ 1 of 2 ☐ 3 of meer

VI. Vergeleken met anderen van jouw leeftijd, hoe goed:

Minder goed Ongeveer hetzelfde Beter

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| a. Kan je opschieten met je broers en zussen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Ik heb geen broers of zussen |
| b. Kan je opschieten met andere jongens en meisjes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. Kan je opschieten met je ouders? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. Kan je in je eentje bezig zijn met iets? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

VII. Hoe gaat het op school?

☐ Ik zit niet op school omdat: _____

Kruis bij elk vak één hokje aan

	Onvoldoende	Lager dan gemiddeld	Gemiddeld	Hoger dan gemiddeld
a. Taal of Nederlands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Geschiedenis of Maatschappijleer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Rekenen of Wiskunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Aardrijkskunde of Natuurwetenschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere vakken zoals: Economie, Computerles, vreemde talen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen vakken zoals Gym, Muziek, Tekenen enz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heb je een lichamelijke ziekte of handicap?

☐ Nee ☐ Ja – graag opschrijven: _____

Schrijf hier de zorgen of problemen op die je hebt met school:

Schrijf hier andere problemen op die je hebt:

Schrijf hier de beste dingen op over jezelf:

Kijk na of je alle vragen hebt beantwoord.

Graag met blokletters invullen. Graag alle vragen beantwoorden.

Hieronder is een lijst met vragen over jongens en meisjes. Alle vragen gaan over hoe je nu bent of in de afgelopen 6 maanden bent geweest. Maak een rondje om de ② als de vraag **duidelijk of vaak** bij jou past. Maak een rondje om de ① als de vraag een **beetje of soms** bij jou past. Als de vraag **helemaal niet** bij jou past, maak dan een rondje om de ③.

0 = Helemaal Niet

1 = een Beetje of Soms

2 = Duidelijk of Vaak

- 0 1 2 1. Ik doe te jong voor mijn leeftijd
- 0 1 2 2. Ik drink alcohol zonder dat mijn ouders dat goed vinden (schrijf op): _____
- 0 1 2 3. Ik maak veel ruzie
- 0 1 2 4. Ik maak dingen waar ik aan begin niet af
- 0 1 2 5. Er is heel weinig wat ik leuk vind
- 0 1 2 6. Ik hou van dieren
- 0 1 2 7. Ik schep op
- 0 1 2 8. Ik vind het moeilijk om me te concentreren of om mijn aandacht ergens bij te houden
- 0 1 2 9. Ik kan bepaalde gedachten niet uit mijn hoofd zetten (schrijf op): _____
- 0 1 2 10. Ik heb moeite met stilzitten
- 0 1 2 11. Ik ben te afhankelijk van volwassenen
- 0 1 2 12. Ik voel me eenzaam
- 0 1 2 13. Ik voel me in de war
- 0 1 2 14. Ik huil veel
- 0 1 2 15. Ik ben best eerlijk
- 0 1 2 16. Ik ben gemeen tegen anderen
- 0 1 2 17. Ik zit vaak overdag te dromen
- 0 1 2 18. Ik probeer mijzelf met opzet te verwonden of te doden
- 0 1 2 19. Ik probeer veel aandacht te krijgen
- 0 1 2 20. Ik verniel mijn eigen spullen
- 0 1 2 21. Ik verniel de spullen van anderen
- 0 1 2 22. Ik gehoorzaam mijn ouders niet
- 0 1 2 23. Ik ben ongehoorzaam op school
- 0 1 2 24. Ik eet niet zo goed als zou moeten
- 0 1 2 25. Ik kan niet met andere jongens en meisjes opschieten
- 0 1 2 26. Ik voel mij niet schuldig als ik iets gedaan heb wat ik niet had moeten doen
- 0 1 2 27. Ik ben jaloers op anderen
- 0 1 2 28. Ik hou me niet aan de regels thuis, op school of ergens anders
- 0 1 2 29. Ik ben bang voor bepaalde dieren, situaties of plaatsen anders dan school (schrijf op): _____
- 0 1 2 30. Ik ben bang om naar school te gaan
- 0 1 2 31. Ik ben bang dat ik iets slechts zou kunnen doen of denken
- 0 1 2 32. Ik heb het gevoel dat ik perfect moet zijn

- 0 1 2 33. Ik heb het gevoel dat niemand van mij houdt
- 0 1 2 34. Ik heb het gevoel dat anderen mij te pakken willen nemen
- 0 1 2 35. Ik voel me waardeloos of minderwaardig
- 0 1 2 36. Ik raak vaak per ongeluk gewond
- 0 1 2 37. Ik vecht veel
- 0 1 2 38. Ik word veel gepest
- 0 1 2 39. Ik ga om met jongens en meisjes die in moeilijkheden raken
- 0 1 2 40. Ik hoor geluiden of stemmen die er volgens andere mensen niet zijn (schrijf op): _____
- 0 1 2 41. Ik doe dingen zonder er bij na te denken
- 0 1 2 42. Ik ben liever alleen dan met anderen
- 0 1 2 43. Ik lieg of bedrieg
- 0 1 2 44. Ik bijt nagels
- 0 1 2 45. Ik ben nerveus, zenuwachtig of gespannen
- 0 1 2 46. Ik heb zenuwachtige bewegingen of zenuwtrekken (schrijf op): _____
- 0 1 2 47. Ik heb nachtmerries
- 0 1 2 48. Andere jongens of meisjes mogen mij niet
- 0 1 2 49. Ik doe sommige dingen beter dan de meeste anderen van mijn leeftijd
- 0 1 2 50. Ik ben te angstig of bang
- 0 1 2 51. Ik voel me duizelig of licht in mijn hoofd
- 0 1 2 52. Ik voel me erg schuldig
- 0 1 2 53. Ik eet te veel
- 0 1 2 54. Ik voel me erg moe zonder dat ik weet waarom
- 0 1 2 55. Ik ben te dik
- 0 1 2 56. Lichamelijke problemen **zonder bekende medische oorzaak**:
- 0 1 2 a. Pijnen (**geen** buikpijn of hoofdpijn)
- 0 1 2 b. Hoofdpijn
- 0 1 2 c. Misselijk
- 0 1 2 d. Oogproblemen (waarvoor een bril of lenzen **niet** helpen) (schrijf op): _____
- 0 1 2 e. Huiduitslag of andere huidproblemen
- 0 1 2 f. Buikpijn
- 0 1 2 g. Overgeven
- 0 1 2 h. Andere problemen (schrijf op): _____

Graag met blokletters invullen. Graag alle vragen beantwoorden.

0 = Helemaal Niet

1 = een Beetje of Soms

2 = Duidelijk of Vaak

0	1	2	57. Ik val mensen lichamelijk aan	0	1	2	84. Ik doe dingen die andere mensen vreemd vinden (schrijf op): _____
0	1	2	58. Ik pulk aan mijn huid of aan iets anders van mijn lichaam (schrijf op): _____	0	1	2	85. Ik heb gedachten die andere mensen vreemd zouden vinden (schrijf op): _____
0	1	2	59. Ik kan best aardig zijn	0	1	2	86. Ik ben koppig
0	1	2	60. Ik vind het leuk om nieuwe dingen te proberen	0	1	2	87. Mijn stemming of gevoelens veranderen plotseling
0	1	2	61. Mijn schoolwerk is slecht	0	1	2	88. Ik vind het leuk om bij mensen te zijn
0	1	2	62. Ik ben onhandig of stuntelig	0	1	2	89. Ik ben achterdochtig
0	1	2	63. Ik ga liever om met oudere jongens of meisjes dan met jongens en meisjes van mijn eigen leeftijd	0	1	2	90. Ik vloek of gebruik vieze woorden
0	1	2	64. Ik ga liever om met jongere jongens of meisjes dan met jongens en meisjes van mijn eigen leeftijd	0	1	2	91. Ik denk erover mijzelf te doden
0	1	2	65. Ik weiger om te praten	0	1	2	92. Ik vind het leuk om anderen aan het lachen te maken
0	1	2	66. Ik herhaal bepaalde handelingen steeds maar weer (schrijf op): _____	0	1	2	93. Ik praat te veel
0	1	2	67. Ik loop van huis weg	0	1	2	94. Ik pest anderen veel
0	1	2	68. Ik schreeuw veel	0	1	2	95. Ik ben snel driftig
0	1	2	69. Ik ben gesloten of hou dingen voor mezelf	0	1	2	96. Ik denk te veel aan seks
0	1	2	70. Ik zie dingen waarvan andere mensen denken dat ze er niet zijn (schrijf op): _____	0	1	2	97. Ik dreig mensen om hen pijn te doen
0	1	2	71. Ik schaam me gauw of voel me niet op mijn gemak	0	1	2	98. Ik vind het fijn anderen te helpen
0	1	2	72. Ik sticht brandjes	0	1	2	99. Ik rook tabak
0	1	2	73. Ik ben handig	0	1	2	100. Ik heb problemen met slapen (schrijf op): _____
0	1	2	74. Ik sloof me uit of doe gek om op te vallen	0	1	2	101. Ik sla lessen over of spijbel van school
0	1	2	75. Ik ben te verlegen	0	1	2	102. Ik heb niet veel energie
0	1	2	76. Ik slaap minder dan de meeste jongens en meisjes	0	1	2	103. Ik ben ongelukkig, verdrietig of depressief
0	1	2	77. Ik slaap overdag en/of 's nachts meer dan de meeste jongens en meisjes (schrijf op): _____	0	1	2	104. Ik ben luidruchtiger dan andere jongens of meisjes
0	1	2	78. Ik let niet goed op of ben snel afgeleid	0	1	2	105. Ik gebruik drugs (schrijf op welke en hoeveel): _____
0	1	2	79. Ik heb een spraakprobleem (schrijf op): _____	0	1	2	106. Ik probeer eerlijk te zijn tegen anderen
0	1	2	80. Ik kom voor mijzelf op	0	1	2	107. Ik hou van een goede grap
0	1	2	81. Ik steel thuis	0	1	2	108. Ik hou ervan om het rustig aan te doen
0	1	2	82. Ik steel buitenshuis	0	1	2	109. Ik probeer andere mensen te helpen als ik dat kan
0	1	2	83. Ik spaar te veel dingen op die ik niet nodig heb (schrijf op): _____	0	1	2	110. Ik wou dat ik van het andere geslacht was
				0	1	2	111. Ik probeer met anderen weinig te maken te hebben
				0	1	2	112. Ik maak me vaak zorgen

Schrijf hier alle andere dingen op die te maken hebben met je gevoelens, gedrag, manier van doen of belangstelling:

Bijlage 5; Nijmeegse Ouderlijke Stressindex

Deze vragenlijst is experimenteel en mag alleen gebruikt worden onder strikte voorwaarden. Informatie hierover bij de bewerker hiervan: Dr. Ad Vermulst, RU Nijmegen.

NOSI

Opvoeding in gezin en andere primaire leefvormen

A.J.L.L. de Brock, A.A. Vermulst, J.R.M. Gerris, J.W. Veerman en R.R. Abidin

Op de volgende bladzijden vindt u een aantal vragen of uitspraken over hoe u als ouder denkt over de opvoeding van uw kind, over verhoudingen binnen uw gezin en over u en uw kind. Achter elke uitspraak staan vier hokjes weergegeven met de volgende antwoordmogelijkheden:

Sterk mee oneens	Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
1	2	3	4

1. Bepaal eerst of u het oneens (linkerkant) of eens (rechterkant) bent met een bepaalde uitspraak en stel vervolgens vast in welke mate u het eens of oneens bent (sterk of een beetje). Omcirkel bij elke uitspraak het cijfer van uw keuze. Per uitspraak is slechts één antwoord mogelijk. Denk niet te lang na over een antwoord, elk antwoord is goed als het maar uw eigen mening is. Wilt u s.v.p. bij alle uitspraken een antwoord noteren? Heeft u per ongeluk een verkeerd cijfer omcirkeld, zet dan een kruis door dit cijfer en omcirkel het juiste cijfer.

Bij het invullen van de antwoorden moet u steeds één en hetzelfde kind voor ogen houden, in een hulpverleningssituatie zal dit vaak het aangemelde kind zijn. Wilt u voor dit kind onderstaande gegevens nu invullen en daarna ook enige gegevens over uzelf?

De roepnaam van het kind waar het hier om gaat:.....

Het is een jongen/meisje (omcirkelen)

Geboortedatum van mijn kind:.....

Naam en voorletters ouder/opvoeder:.....

Geslacht: man/vrouw (omcirkelen)

Uw geboortedatum:.....Datum van invullen:.....

De door u te beantwoorden vragen staan op de volgende pagina's. Als u het voorgaande gelezen hebt kunt u nu beginnen.

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
1	Mijn kind lijkt vaker te huilen dan de meeste andere kinderen	1	2	3	4
2	Er zijn een paar dingen die mijn kind doet die me behoorlijk dwars zitten	1	2	3	4
3	De laatste tijd vind ik het erg moeilijk om over mijn kind beslissingen te nemen	1	2	3	4
4	Mijn kind is vaak humeurig	1	2	3	4
5	Ik voel me als ouder vaak schuldig omdat ik toch niet zo'n goede ouder kan zijn	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
6	De afgelopen tijd ben ik vaker ziek of heb ik meer last gehad van kwaaltjes dan normaal	1	2	3	4
7	Mijn kind stelt meer eisen aan mij dan de meeste andere kinderen	1	2	3	4
8	Er zijn nogal wat dingen in mijn leven die me dwars zitten	1	2	3	4
9	Mijn kind heeft overdag sterk wisselende stemmingen	1	2	3	4
10	Mijn kind eist vaak meer aandacht van me op dan ik kan geven	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
11	Als mijn kind zich misdraagt heb ik het gevoel dat ik het verkeerd doe	1	2	3	4
12	Sinds ik kinderen heb, ben ik vlugger moe dan daarvoor	1	2	3	4
13	Als ik kwaad op mijn kind ben voel ik me uiteindelijk schuldig	1	2	3	4
14	Als mijn kind iets niet lukt raakt hij/zij gewoonlijk erg uit zijn/haar humeur	1	2	3	4
15	Mijn kind blijkt meer problemen te geven dan ik had verwacht	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
16	Door de drukte van ons gezin heb ik het gevoel vaker lichamelijke klachten te hebben	1	2	3	4
17	Mijn kind maakt zich drukker dan ik verwacht had	1	2	3	4
18	Elke keer als mijn kind iets fout doet heb ik het gevoel dat het eigenlijk mijn schuld is	1	2	3	4
19	Ik vind dat mijn kind vlug van streek is	1	2	3	4
20	Mijn kind lijkt moeilijker om voor te zorgen dan de meeste andere kinderen	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
21	Ik geniet niet meer zo van dingen als vroeger	1	2	3	4
22	Vaak heb ik zin het bijltje erbij neer te gooien	1	2	3	4
23	Er zijn heel wat dingen van mijn kind die mij dwars zitten	1	2	3	4
24	Ik heb bepaalde gevoelens ten aanzien van mijn kind waarover ik me vaak schuldig voel	1	2	3	4
25	Sinds ik mijn kind heb gaat het met mijn gezondheid achteruit	1	2	3	4
Sterk mee oneens			Beetje mee	Beetje mee	Sterk mee

			oneens	eens	eens
26	Plotselinge en onverwachte gebeurtenissen maken mijn kind van streek	1	2	3	4
27	Ik zou het prettig vinden als mijn kind mij vaker een pleziertje deed	1	2	3	4
28	Ik heb vaak het gevoel dat ik de dingen niet zo goed aankan	1	2	3	4
29	Ik voel me alleen en zonder vrienden	1	2	3	4
30	Mijn kind heeft er elk jaar moeite mee te wennen aan de nieuwe leerkracht	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
31	Soms heb ik het gevoel dat mijn kind me niet lief vindt	1	2	3	4
32	Vader of moeder zijn van dit kind is moeilijker dan ik dacht dat het zou zijn	1	2	3	4
33	Sinds ik kinderen heb, ben ik minder in staat om mijn vrienden te zien en/of nieuwe vrienden te maken	1	2	3	4
34	Ik heb veel meer problemen met het grootbrengen van kinderen dan ik had verwacht	1	2	3	4
35	Als ik naar een feestje ga verwacht ik meestal dat ik me zal vervelen	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
36	Mijn kind heeft veel moeite met een verandering in de dagelijkse gang van zaken	1	2	3	4
37	Mijn kind lacht veel minder naar me dan ik verwacht had	1	2	3	4
38	Ik doe mijn best mijn kind op te voeden, toch denk ik dat ik dat niet goed aan kan	1	2	3	4
39	Het zit me dwars dat ik veel oude vrienden uit het oog ben verloren sinds ik kinderen heb	1	2	3	4
40	Als ik andere ouders bezig zie denk ik vaak: "zo'n vader/moeder zou ik ook willen zijn"	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
41	Als ik iets doe voor mijn kind heb ik het gevoel dat mijn moeite niet gewaardeerd wordt	1	2	3	4
42	Het kost mijn kind veel tijd en moeite om gewend te raken aan nieuwe dingen	1	2	3	4
43	Ik ben minder geïnteresseerd in andere mensen dan vroeger	1	2	3	4
44	Ik merk dat ik niet zo goed in staat ben voor mijn kind te zorgen als ik dacht	1	2	3	4
45	Mijn kind vindt het zelden leuk om iets met mij te doen	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
46	Van kleine dingen raakt mijn kind al overstuur	1	2	3	4
47	Als opvoeder twijfel ik of ik de meeste situaties goed aan kan	1	2	3	4
48	Ik heb het gevoel dat mensen van mijn leeftijd mijn gezelschap niet erg op prijs stellen	1	2	3	4
49	Mijn kind lijkt zich niet op zijn/haar gemak te voelen als hij/zij vreemden ontmoet	1	2	3	4
50	Als mijn kind overstuur is, is hij/zij meestal vrij moeilijk te kalmeren	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
51	Mijn kind vindt het erg moeilijk om langer dan een paar minuten stil te zitten	1	2	3	4
52	Ik heb er moeite mee om sommige gedragingen van mijn kind leuk te vinden	1	2	3	4
53	Ik heb minder hechte en warme gevoelens voor mijn kind dan ik verwacht had	1	2	3	4
54	Vnwege mijn kind kan ik andere dingen minder doen dan ik zou willen	1	2	3	4
55	Mijn kind doet vaak van alles tegelijk	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
56	Mijn kind doet dingen waar ik me behoorlijk zorgen over maak	1	2	3	4
57	Het is moeilijk voor mijn kind om de aandacht erbij te houden	1	2	3	4
58	Mijn kind en ik hebben een slechte band met elkaar	1	2	3	4
59	Als ouder heb ik verplichtingen en daardoor kan ik vaak andere dingen niet doen	1	2	3	4
60	Het stoort me dat mijn kind zich vaak te jong gedraagt	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
61	Mijn kind is gemakkelijk afgeleid	1	2	3	4
62	Mijn kind is tot niet zoveel dingen in staat als ik verwacht had	1	2	3	4
63	Sinds ik dit kind heb, merk ik dat ik bijna nooit die dingen kan doen die ik graag doe	1	2	3	4
64	Soms doet mijn kind dingen die ik vervelend vind, alleen om me te pesten	1	2	3	4
65	Mijn kind is veel actiever dan ik had verwacht	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
66	Het stoort me dat mijn kind de neiging heeft ooit aangeleerde dingen weer te vergeten	1	2	3	4
67	Mijn kind heeft meer moeite zich te concentreren en op te letten dan andere kinderen	1	2	3	4
68	Als ouder ben je toch vooral bezig met het opvoeden van je kind en blijft er weinig tijd over voor hobby's en vrijetijdsbesteding	1	2	3	4
69	Vaak begrijp ik mijn kind niet	1	2	3	4
70	Het kost mijn kind moeite om een maaltijd lang rustig aan tafel te zitten	1	2	3	4

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
71	Mijn kind is nogal eens lastig, en dan valt het niet altijd mee om zo'n kind te hebben	1	2	3	4
72	Het is voor mij vrij moeilijk te begrijpen wat mijn kind wil of nodig heeft	1	2	3	4
73	Mijn kind kan niet zo leuk met leeftijdgenootjes spelen als ik verwacht had	1	2	3	4
74	Sinds ik dit kind heb ben ik niet meer in de gelegenheid geweest om andere, nieuwe dingen te doen	1	2	3	4
75	Ik heb vaak het gevoel dat de wensen en behoeften van mijn kind mijn leven beheersen	1	2	3	4

De volgende vragen gaan over de relatie met uw huidige partner.

Als u geen partner heeft hoeft u de vragen hierna niet meer in te vullen.

Omcirkel n.v.t. in het vakje hiernaast.

n.v.t

Zijn u en uw huidige partner beiden de biologische ouder van het kind wilt u dan alleen de vragen 76 t/m 80 invullen?

Bent u en/of uw huidige partner niet de biologische ouder van het kind wilt u dan alleen de vragen 81 t/m 85 invullen?

De vragen 76 t/m 80 alleen invullen indien u en uw huidige partner de biologische ouders zijn van het kind.

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
76	Sinds de geboorte van dit kind heb ik minder steun en hulp van mijn partner dan ik verwacht had	1	2	3	4
77	Het opvoeden van dit kind veroorzaakt meer problemen met mijn partner dan ik had verwacht	1	2	3	4
78	Sinds we dit kind hebben, doen mijn partner en ik niet meer zoveel dingen samen	1	2	3	4
79	Mijn partner en ik hebben vaak onenigheid over de aanpak van ons kind	1	2	3	4
80	Sinds we dit kind hebben, zijn mijn partner en ik niet meer zo vaak samen	1	2	3	4

De vragen 81 t/m 85 alleen invullen indien u en/of uw huidige partner niet de biologische ouder zijn van het kind.

Sterk mee oneens			Beetje mee oneens	Beetje mee eens	Sterk mee eens
81	Bij de opvoeding van dit kind heb ik minder steun en hulp van mijn partner dan ik verwacht had	1	2	3	4
82	Het opvoeden van dit kind veroorzaakt meer problemen met mijn partner dan ik had verwacht	1	2	3	4
83	Sinds we dit kind samen opvoeden, doen mijn partner en ik niet meer zoveel dingen samen	1	2	3	4
84	Mijn partner en ik hebben vaak onenigheid over de aanpak van ons kind	1	2	3	4
85	Sinds we dit kind hebben, zijn mijn partner en ik niet meer zo vaak samen	1	2	3	4

Hebben er in de afgelopen twaalf maanden één of meer van de volgende gebeurtenissen in uw gezin plaats gevonden? Omcirkel alleen het cijfer van een gebeurtenis als zo'n gebeurtenis heeft plaats gevonden of momenteel nog bezig is.

- 1 Het gezin is uitgebreid met een broertje of zusje
- 2 Het kind is opgenomen geweest in een ziekenhuis
- 3 Het kind kreeg een blijvende handicap door ongeval of ziekte
- 4 Eén van de ouders is opgenomen geweest in een ziekenhuis
- 5 Een broer of zus is opgenomen geweest in een ziekenhuis
- 6 Het kind heeft een prestatie geleverd waar het erg trots op is (b.v. op school of met sporten)
- 7 Een huisdier is overleden
- 8 Eén van de grootouders is overleden
- 9 Er is een broer of zus overleden
- 10 Eén van de ouders is overleden
- 11 Een goede vriend(in) van het kind is overleden
- 12 Het kind is lid geworden van een club of vereniging
- 13 Eén van de ouders is langer dan een half jaar werkloos geweest
- 14 De van oorsprong verzorgende ouder ging minstens twee dagen per week werken

- 15 Het kind is van school veranderd
- 16 Iemand waar het kind veel mee optrok is verhuisd
- 17 Het gezin is verhuisd
- 18 Het kind kreeg een goede vriend of vriendin erbij
- 19 Er is een extra volwassene in het gezin komen wonen (b.v. opa, oma, maar niet: stiefvader of –moeder)
- 20 Het kind kreeg een stiefvader of een stiefmoeder (door huwelijk of samenwonen)
- 21 Een broer of zus verliet het gezin
- 22 Een van de ouders verliet het huis definitief door echtscheiding of verbreken van de samenwoning
- 23 Het kind heeft een verkeersongeluk gehad
- 24 Eén van de gezinsleden raakte verslaafd aan alcohol of drugs

Dit is het einde van de vragenlijst. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 6; Non-response analyse

In tabel 6.1 wordt een beschrijving gegeven van de variabelen van de respondenten die meegenomen zijn in de multiple regressieanalyse, van de variabelen van de respondenten die niet zijn meegenomen in de multiple regressieanalyse en van de variabelen met alle respondenten, de totale onderzoeksgroep. De totale onderzoeksgroep bestaat uit 522 respondenten. In de multiple regressieanalyse zijn 150 respondenten betrokken. Er zijn dus 372 respondenten buiten beschouwing gelaten. Om de representativiteit van het huidige onderzoek te kunnen beoordelen is gekeken naar het verschil tussen die twee groepen in de beschrijvende statistiek.

Tabel 6.1: Beschrijving van de variabelen in de multiple regressieanalyse, van de variabelen die niet zijn meegenomen in de multiple regressieanalyse en van de totale onderzoeksgroep.

Variabelen in de multiple regressieanalyse	Beschrijving van de variabelen in de multiple regressieanalyse (N=150)	Beschrijving van de variabelen van de respondenten die niet zijn meegenomen in de multiple regressieanalyse		Beschrijving van de variabelen met alle respondenten	
	Gemiddelde (standaarddeviatie)	Gemiddelde (Standaarddeviatie)	N	Gemiddelde (standaarddeviatie)	N
Zorggebruik					
Behandelduur in maanden (laag – hoog)	4,4 (3,33)	4,9 (6,82)	372	4,7 (6,02)	522
Predisposing factors					
Leeftijd (laag – hoog)	15,2 (1,37)	15,4 (1,37)	372	15,3	522
Geslacht (0 = man, 1 = vrouw)	0,50 (0,50)	0,52 (0,50)	372	0,51	522
Dagbesteding (0 = wel, 1 = geen)	0,05 (0,21)	0,08 (0,28)	294	0,07	444
Leefsituatie (0 = tweeouder-gezin, 1 = eenoudergezin en overige risicoleefsituaties)	0,54 (0,50)	0,56 (0,50)	303	0,55	453
Enabling factors					
Eerder ontvangen zorg (0 = geen, 1 = wel)	0,68 (0,47)	0,61 (0,49)	104	0,65	254
Need factors					
Hechtingsproblematiek (geen – ernstige problemen)	1,05 (0,92)	1,21 (0,91)	145	1,13	295

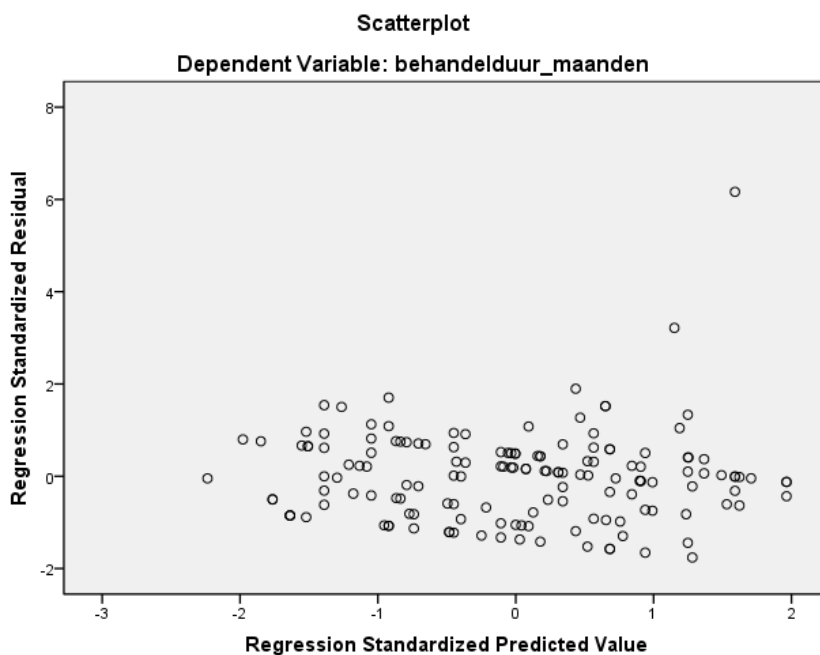
Wat het meest opvalt in de tabel is dat de gemiddelde behandelduur van 4,4 maanden van de groep die is betrokken in de multiple regressieanalyse korter is dan de gemiddelde behandelduur van 4,9 maanden van de groep die niet betrokken is in de analyse. De behandelduur van de totale onderzoeksgroep is 4,7. Wat daarbij opvalt, is het verschil in standaarddeviatie, er is namelijk een verschil van 3,49 in standaarddeviatie van de variabele behandelduur tussen de groep die wel in de analyse is betrokken en de groep die niet in de analyse is betrokken. De standaarddeviatie van behandelduur in maanden van de groep die is betrokken in de multiple regressieanalyse is dus kleiner dan de standaarddeviatie van behandelduur in maanden van de groep die niet betrokken is in de analyse. Verder is de hechtingsproblematiek van de groep die niet zijn meegenomen in de analyse ernstiger dan de problematiek van de groep die wel is meegenomen in de analyse. Dit verschil is echter niet groot. Over het algemeen zijn de verschillen tussen de groep die is meegenomen in de multiple regressieanalyse en de groep die niet is meegenomen in de analyse klein.

Bijlage 7: Assumpties multiple regressieanalyse

De regressieanalyse is gebaseerd op een aantal assumpties. Om gerechtvaardigde conclusies te kunnen trekken uit de resultaten, is het nodig dat er aan deze assumpties zijn voldaan (Siero, Huisman, & Kiers, 2009). De assumpties voor de multiple regressieanalyse in het huidige onderzoek zijn getoetst. De vijf assumpties, onafhankelijkheid, lineariteit, homoscedasticiteit, normaliteit en multicollineariteit, worden hieronder besproken.

Een eerste assumptie is dat de waarnemingen in de steekproef onafhankelijk van elkaar zijn. Deze aanname betekent dat de correlatie tussen de residuen uit de regressieanalyse gelijk moet zijn aan nul. De onafhankelijkheidsassumptie is moeilijk te onderzoeken in een dataset, want er bestaan weinig geschikte methoden (Siero e.a., 2009). Er kan naar de data worden gekeken. In het huidige onderzoek zijn alle respondenten meegenomen en dit zijn onafhankelijke waarnemingen. Het ziet er naar uit dat de respondenten onafhankelijk van elkaar zijn en dat er aan de assumptie kan worden voldaan.

Een tweede assumptie is dat in het model sprake moet zijn van lineariteit. Voor elke set van waarden van de onafhankelijke variabelen moet het verwachte gemiddelde van de residuen gelijk zijn aan nul (Siero e.a., 2009; Miles & Shevlin, 2001). Dit kan worden gezien aan de hand van een residuenplot van de residuen tegen de voorspelde waarde van behandelduur in maanden. In figuur 7.1 is de residuenplot te zien.

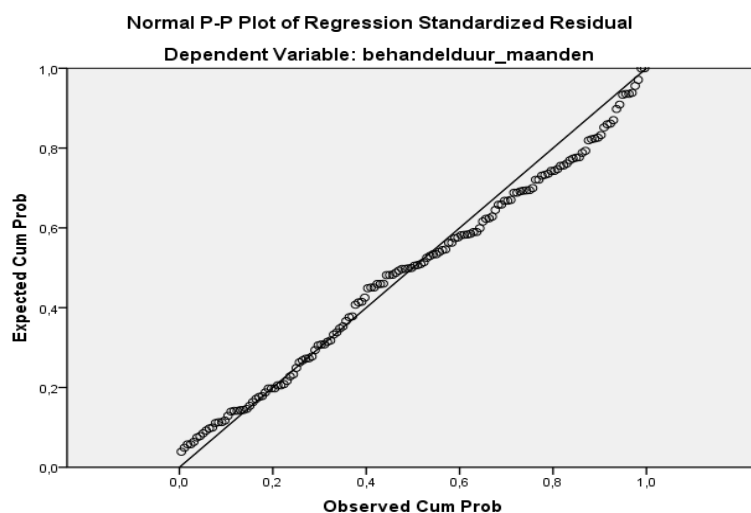


Figuur 7.1: Residuenplot van het hele model.

Er is te zien dat er sprake is van twee afwijkingen van de nullijn, waarbij één punt een vrij grote afwijking is. Dat betekent dat er een lichte schending is van de assumptie, maar deze schending is niet ernstig. Deze lichte schending van de assumptie wordt bij de volgende assumptie verder besproken.

Een derde assumptie is homoscedasticiteit. Hierbij moet de variantie van de residuen constant zijn (Siero e.a., 2009). Deze assumptie wordt ook onderzocht door naar het residuenplot te kijken in figuur 7.1. Als blijkt dat er een willekeurige puntenwolk is, oftewel, als de puntenwolk overal even groot is, dan kan men spreken van homoscedasticiteit. Zoals gezegd bij de lineariteitsassumptie is in de residuenplot te zien dat er twee afwijkingen zijn. Op die afwijkingen na is de puntenwolk willekeurig. Er is dus sprake van een lichte schending van de homoscedasticiteitsassumptie. De twee afwijkende punten zijn opgespoord in de dataset. Er is geen duidelijke oorzaak voor de afwijkende score en het lijken 'eerlijke' observaties. Om de invloed van deze twee afwijkende punten te onderzoeken is de multiple regressieanalyse ook uitgevoerd zonder deze twee punten. De resultaten van de multiple regressieanalyse zonder de twee afwijkende punten komen overeen met de resultaten van de multiple regressieanalyse met de twee afwijkende punten. Dat betekent dat de twee afwijkende punten geen invloed hebben op de resultaten en dat de analyse wordt uitgevoerd inclusief de twee afwijkende punten. De resultaten van die analyse zijn besproken in het huidige onderzoek.

De vierde assumptie is normaliteit. Dit betekent dat bij elke waarde van de afhankelijke variabele de verdeling van de residuen normaal verdeeld moet zijn (Miles & Shevlin, 2001). Of er sprake is van normaliteit kan er worden gekeken naar een P-Plot (*normal probability plot*). In figuur 7.2 is deze P-Plot te zien.



Figuur 7.2: P-plot van het hele model.

Als aan de aanname is voldaan, dan liggen de punten in de P-Plot op een rechte lijn (Siero e.a., 2009). In de plot is te zien dat er een lichte afwijking is van de lijn. Aan de assumptie van normaliteit kan niet geheel worden voldaan, maar de schending is niet ernstig. Niet normaliteit kan ontstaan door uitbijters en/of door scheefheid. Uitbijters kunnen worden ontdekt aan de hand van de *Cook's Distance*. Als de waarde boven 1 is, dan is er sprake van een uitbijter. In dit onderzoek heeft de *Cook's Distance* een waarde van 0,007. Dit betekent dat er geen sprake is van uitbijters.

De vijfde assumptie is dat er geen sprake mag zijn van multicollineariteit. Dit houdt in dat er geen samenhang tussen de onafhankelijke variabelen mag zijn (Siero e.a., 2009). De *VIF* en *tolerance* zijn geschikte maten om multicollineariteit te bekijken. De waarde van de *tolerance* ligt tussen 0 en 1. De waarde 0 geeft hierbij aan dat er perfecte multicollineariteit is. Dat is niet gewenst. De waarde 1 geeft aan dat de variabelen ongecorreleerd zijn met de overige variabelen en dat er dus geen sprake is van multicollineariteit. Er is dus een *tolerance* gewenst van rond de waarde 1. In dit onderzoek liggen de waarden van de *tolerance* tussen de 0,923 en 0,977. Dat is dus goed. Voor variabelen met een *VIF* hoger dan 4 is er sprake van een te grote multicollineariteit (Siero e.a., 2009). De *VIF* in het huidige onderzoek is kleiner dan 1,1. De waarden van de *tolerance* en *VIF* zijn goed, dus dat betekent dat er aan de multicollineariteitsassumptie is voldaan.